VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 52)
z dnia 30 listopada 2016 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 52)

30 listopada 2016 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bartosza Arłukowicza (PO)**, przewodniczącego Komisji oraz poseł **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– „Informacja Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła dotycząca planowanej reformy w opiece zdrowotnej, wprowadzającej rozwiązania w zakresie utworzenia tzw. sieci szpitali".

W posiedzeniu udział wzięli: **Piotr Gryza** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikiem, **Andrzej Jacyna** p.o. prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Piotr Wasilewski** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Agata Ziółkowska-Serzycka** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Marek Grodzki** senator RP, **Paweł Buszman** i **Aleksander Żurakowski** członkowie Zarządu Stowarzyszenia Zawodowego Kardiologów Interwencyjnych, **Robert Bryk** prezes Zarządu Centrum Terapii Nerwic Sp. z o.o. w Mosznej, **Grzegorz Byszewski** ekspert Pracodawców RP, **Tomasz Czyżewski** dyrektor Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Radecznicy ze współpracownikami, **Lucyna Dargiewicz** przewodnicząca Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych ze współpracownikiem, **Barbara Gierak-Pilarczyk** dyrektor Wojewódzkiego Zespołu Reumatologicznego w Sopocie wraz ze współpracownikami, **Małgorzata Jastrzębska** Medicover – dyrektor Szpitala ds. medycznych ze współpracownikiem, **Julia Jaśkiewicz** zastępca dyrektora Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie, **Lubomir Jurczak** prezes Zarządu Fundacji Onkologia 2025 ze współpracownikiem, **Mariusz Kocój** członek Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie" ze współpracownikiem, **Mariusz Kowalczuk** zastępca dyrektora Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie, **Katarzyna Lebiotkowska** prezes Zarządu Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego Sp. z o.o. w Torzymiu, **Zofia Małas** prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Mateusz Moksik** asystent przewodniczącego Komisji, **Mirosław Moskalewicz** wiceprezydent Polskiej Federacji Pracodawców Ochrony Zdrowia, **Krzysztof Nazimek** dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego im. św. Jadwigi w Opolu, **Mariusz Nowak** dyrektor Centrum Leczenia Oparzeń im. dr Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich, **Jan Orgelbrand** wiceprezes Zarządu Mazowieckiego Centrum Rehabilitacji STOCER Sp. z o.o., **Marcin Pakulski** wicedyrektor Pracodawcy RP ze współpracownikiem, **Maciej Piróg** doradca w Konfederacji Lewiatan, **Renata Ruman-Dzido** prezes Zarządu Szpitala Wojewódzkiego Sp. z o.o. w Opolu, **Kamila Samczuk-Sieteska** prawnik w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej, **Jarosław Sieracki** dyrektor Wojewódzkiego Szpitala w Zielonej Górze, **Dariusz Szczepański** dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brodnicy Dariusz Szczepański Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brodnicy, **Cezary Tomiczek** prezes Śląskiego Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. Generała Jerzego Ziętka w Ustroniu ze współpracownikiem, **Mariusz Trojanowski** prezes Zarządu Powiatowego Szpitala Sp. z o.o. w Aleksandrowie Kujawskim, **Mirosław Wójciak** prezes Zarządu Stobrawskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. oraz **Marek Wójcik** pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk**- z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Na wstępie chciałbym wszystkich państwa przeprosić za opóźnienie. Wynika to z przedłużających się głosowań, co jest niezależne od możliwości przeorganizowania Komisji. Przepraszam za spóźnienie.

Posiedzenie zostało zwołane w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Ten przepis regulaminu stanowi, że na wniosek pisemny 1/3 posłów, członków Komisji, przewodniczący Komisji jest obowiązany zwołać posiedzenie Komisji w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku, czyli w ciągu 30 dni od 24 listopada 2016 r. Zgodnie z wnioskiem grupy posłów, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje „Informację Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła dotyczącą planowanej reformy w opiece zdrowotnej, wprowadzającej rozwiązania w zakresie utworzenia tzw. sieci szpitali". Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Wystąpienie przedstawicieli posłów. Żeby nie przedłużać – posiedzenie zostało zwołane ze względu na płynące z całej Polski liczne głosy zaniepokojonych dyrektorów szpitali, ale także samorządowców – właścicieli szpitali, na temat projektowanych przepisów prawnych dotyczących tak zwanej sieci szpitali i możliwości ograniczenia ich liczby, a przynajmniej sposobu funkcjonowania części szpitali w Polsce. Zwołaliśmy to posiedzenie Komisji, aby uzyskać informacje, przede wszystkim od Ministra Zdrowia, ale także od państwa. Ze względu na to, że posiedzenie jest opóźnione, i to sporo, a wielu z państwa przyjechało z różnych zakątków Polski, chciałbym odwrócić kolejność i na początek oddać głos tym z -państwa, którzy będą musieli wcześniej wyjść z posiedzenia. Myślę o dyrektorach… Momencik, panie przewodniczący. Dlatego zaczną państwo mówić po krótkim wstępie pana ministra, zarysowującego te przepisy, które są w tej chwili przygotowywane. Potem oddam głos dyrektorom i będę narzucać dyscyplinę czasową, ponieważ mamy ograniczenia czasowe dotyczące sali. W związku z tym, za chwilę oddam głos ministrowi zdrowia. Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Ja oczywiście popieram postulat, aby sprawnie przeprowadzić to posiedzenie Komisji, żeby efekt merytorycznie był jak najlepszy, bo czasu mamy niewiele. Natomiast, sądzę – ponieważ wiele z tych głosów, które słychać w mediach, to po prostu plotki – że jednak pan minister powinien krótko, ale precyzyjnie wyjaśnić to wszystko, bo po co pytać o coś, czego nie ma. Wydaje mi się, że tak byłoby najlepiej.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący, proponuję, żebyśmy przystąpili do pracy. Panie ministrze, bardzo proszę o krótki wstęp merytoryczny, opisujący omawiane przepisy. Chcę też podkreślić – proszę o ciszę na sali – że wszystkie osoby, które siedzą w tej sali, są merytoryczne. Wszyscy wiedzą, o jakich przepisach rozmawiamy, w związku z tym, nie ma potrzeby analizowania tych podstaw prawnych głęboko. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, zgodnie z wnioskiem, przedstawię krótką informację, przy czym chcę zaznaczyć, że ponieważ proces konsultacji trwa, to ostateczne wyniki mogą być przedstawione dopiero wtedy, kiedy to będzie propozycja rządowa. Na razie jest to propozycja ministra zdrowia, który występuje w procesie uzgodnienia przed podjęciem odpowiednich kroków legislacyjnych. Dlatego projekt ministra zdrowia, który był poddany konsultacjom społecznym, ulega pewnym zmianom. I dlatego ostateczny kształt tego rozwiązania będzie mógł być udostępniony dopiero po zakończeniu procesu wypracowania decyzji na poziomie rządu. Dopiero wtedy będzie pełny projekt rządowy. Na razie jesteśmy w trakcie tego, więc trudno dyskutować w parlamencie na temat rozwiązań, które nie są w tej chwili propozycją rządową. Natomiast, wykorzystując okazję tego spotkania – bo to posiedzenie Komisji jest również okazją do tego, żeby wyjaśnić pewne wątpliwości – podam kilka podstawowych informacji.

Prawdopodobnie zasadnym mottem i właściwie wstępem do tej dyskusji może być fragment raportu z kontroli realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2015, w którym znajdujemy, między innymi, takie sformułowania. Po pierwsze – zresztą,

wiemy o tym, bo taka jest rzeczywistość, a NIK to potwierdził – „W 2015 r. dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej w większości rodzajów oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych nie uległ poprawie. Stało się tak pomimo zwiększenia wartości umów zawartych przez NFZ". To jest pierwsze istotne zdanie.

I drugie istotne zdanie w tym raporcie, które – jak sądzę – warto przywołać przed rozpoczęciem tej dyskusji. „Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że problemy z dostępem pacjentów do świadczeń nastąpiły w sytuacji niepełnego wykorzystania potencjału większości ankietowanych świadczeniodawców, którzy mogliby udzielać większej liczby świadczeń zdrowotnych bez rozbudowy swojej bazy sprzętowej i zatrudniania dodatkowego personelu medycznego". Takie oto tezy stawia NIK w swoim raporcie, dotyczącym dostępu do świadczeń zdrowotnych do roku 2015. Generalnie rzecz ujmując, propozycja sieci szpitali ma rozwiązać problem z dostępem do świadczeń z wykorzystaniem środków w finansowaniu świadczeń zdrowotnych wykonywanych w zakresie lecznictwa szpitalnego.

Teraz generalny rzut na tę propozycję. Po pierwsze – ta informacja dotyczy sporego zakresu pytań i wątpliwości, czy pewnych faktów medialnych – system tak zwanego podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych obejmuje tylko lecznictwo szpitalne, częściowo lecznictwo ambulatoryjne w realizacji przychodni przyszpitalnych i nocną pomoc lekarską jako rzecz dodatkową. Nie obejmuje – a przynajmniej nie obejmował w wersji przedstawionej do konsultacji – lecznictwa rehabilitacyjnego, lecznictwa psychiatrycznego i wszystkich pozostałych zakresów. Dlatego podstawowy szpitalny system zabezpieczenia dotyczy tylko zakresu lecznictwa szpitalnego, a to wiąże się również planem finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeśli więc mówimy o środkach przeznaczonych na lecznictwo szpitalne, to dotyczy to tylko tego. To jest pierwsze istotne wyjaśnienie.

Drugie istotne wyjaśnienie jest takie, że to jest tylko część. To znaczy, że budujemy tak zwaną sieć. Ponieważ w samej regulacji prawnej nazwa sieć nie pada, formułujemy to jako „podstawowy szpitalny system zabezpieczenia". To jest tylko część w dostępie do świadczeń lecznictwa szpitalnego. Na podstawie danych z roku 2015, w wersji propozycji ministra zdrowia, która została poddana konsultacji jakiś czas temu, około 85% środków, które były w zakresie lecznictwa szpitalnego z pozycji „lecznictwo szpitalne" planu finansowego NFZ, wchodziło do tej sieci, natomiast pozostałe 15%, to obszar poddany „konkursowaniu". Tak więc, sieć obejmuje tylko część dostępu do świadczeń oraz część podmiotów, natomiast, te podmioty, które nie wchodzą do sieci, po pierwsze – to jest mechanizm, o którym jeszcze powiem – podlegają „konkursowaniu" tak, jak do tej pory. Dotyczy to również pozostałych świadczeń – wymieniłem te zakresy, ale powtórzę jeszcze raz – psychiatrii, rehabilitacji, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki paliatywnej i hospicyjnej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, uzdrowisk i podstawowej opieki zdrowotnej. To są pewne ramy, w które wkłada się…

W ogóle idea jest taka, że wkładamy tę „sieć szpitali" w system, który działa w tej chwili. To jest pewnym uzupełnieniem. Do sieci szpitali wchodzą szpitale, które będą mieć umowy – rozporządzenie, które ma być wydane na podstawie delegacji ustawowej określa kryteria, zasady. Te szpitale nie będą musiały uczestniczyć w konkursach ofert, żeby mieć możliwość finansowania świadczeń ze środków publicznych, natomiast, te szpitale, które nie wchodzą do sieci, stają do konkursów, tak jak do tej pory. To jest podstawowy rys tego systemu.

Jeszcze dwa zdania o idei budowy kryteriów wejścia szpitali do sieci. Otóż, podstawową ideą wejścia szpitali do sieci jest wejście szpitali „ostrych", które działają w trybie hospitalizacji, miały kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia przez ostatnie dwa lata kalendarzowe, a także w momencie kwalifikacji pełniają jeszcze kryteria określone w projekcie rozporządzenia.

Trochę inna regulacja dotyczy szpitali ogólnopolskich, w przypadku których mówimy o umowie dwuletniej pomiędzy NFZ a płatnikiem. Istotnym kryterium w przypadku budowy szpitala „ostrego" jest posiadanie dwuletniej umowy na izbę przyjęć albo na SOR. To kryterium jest wyłączone z pozycji szpitali onkologicznych i pulmonologicznych, ponieważ te szpitale, te facto, pełnią inną rolę.

To tyle w ogólnym rzucie, ponieważ miałem to przedstawić krótko, sygnalizacyjnie. Myślę więc, że na tym, na razie zakończę i możemy przejść do drugiej części.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję i mam taką propozycję, proszę państwa, abyśmy dzisiaj wyjątkowo zmienili kolejność i dopuścili do głosu państwa, którzy przyjechali tu z całej Polski, chyba że posłowie mają inny wniosek. Ja oczywiście się dostosuję... Mam taką propozycję.

Proszę państwa o zgłaszanie się do wypowiedzi i chciałbym określić zasady tych wypowiedzi. Proszę o przedstawianie się – imię, nazwisko, szpital, kto jest właścicielem. Określam czas wypowiedzi na około 2 minuty. Proszę przestrzegać dyscypliny czasowej. Jest też prośba, aby nie przedstawiać historii poszczególnych szpitali i ich osiągnięć. Rozmawiamy o sieci. Rozpoczynamy.

Bardzo proszę. Mam trudność z rozpoznaniem państwa. Widzę, że pan się zgłasza. Bardzo proszę o przedstawienie się i zabranie głosu.

Proszę mówić do mikrofonu i na siedząco. Do mikrofonu, bo posiedzenie Komisji jest nagrywane.

Członek Zarządu Stowarzyszenia Zawodowego Kardiologów Interwencyjnych Paweł Buszman:

Nazywam się Paweł Buszman. Jestem kardiologiem i jednocześnie prezesem Zarządu Polsko-Amerykańskich Klinik Serca.

Szanowni państwo, Szanowna Komisjo, w tej sieci brakuje bardo ważnego ogniwa, jakim jest medycyna sercowo-naczyniowa, wyodrębniona jako osobny poziom czy profil, podobnie jak onkologia czy szpitale pulmonologiczne. Choroby układu krążenia stanowią przyczynę 50% wszystkich zgonów w Polsce. Są największym problemem, jeśli chodzi o medycynę ratunkową, z uwagi na największą liczbę ostrych zespołów wieńcowych, które zaopatrujemy. Te sieci, które tworzyliśmy, są na różnym poziomie obecnie planowanej sieci szpitali – na pierwszym, drugim, a czasem trzecim – ale są w miejscach, gdzie są blisko pacjenta, co ma duże znaczenie. Dotyczy to tak samo chirurgii naczyniowej czy niektórych ośrodków kardiochirurgii. Dlatego prośba, aby uwzględnić jakby osobny poziom tej części medycyny ratunkowej z jednej strony, a z drugiej strony, również ważny problem społeczny. Obecność tych ośrodków właśnie w małych miejscowościach wyrównuje szansę na przeżycie w zawale i wyrównuje nierówności w zdrowiu, które, jeśli chodzi o choroby układu krążenia, dotyczą przede wszystkim mieszkańców w małych miejscowościach i ludzi ubogich. Ludzie w dużych miastach i z wyższym wykształceniem, bogatsi, żyją dłużej i rzadziej chorują na choroby układu krążenia. Inaczej jest w małych miastach. Dlatego też, aby wyrównać te szanse z jednej strony, a z drugiej, szanse na przeżycie w ostrych przypadkach, uważam, że te dyscypliny powinny być oddzielone na podobnych zasadach jak onkologia i pulmonologia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie prezesie, mam do pana prośbę, zanim udzielę głosu kolejnemu mówcy. Prosiłbym, żeby w tych wypowiedziach zaznaczać, czy państwa szpital, który reprezentujecie, wedle państwa oceny mieści się w kategoriach przepisów, czy nie, żebyśmy dowiedzieli się, jak to wygląda. Panie prezesie, dopytuję więc pana, jaka część sieci szpitali, którymi pan zarządza, „łapie się" – przepraszam za kolokwializm – do sieci, a jaka nie.

Członek Zarządu SZKI Paweł Buszman:

Praktycznie rzecz biorąc, żaden ośrodek Polsko-Amerykańskich Klinik Serca – a mamy ich 30 rozsianych na terenie całego kraju – nie mieści się w sieci. Jest ryzyko, że zabraknie pieniędzy po zakontraktowaniu tych szpitali, które w tej chwili do sieci wchodzą.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję… Nie, panie ministrze. Tak nie będzie, bo posiedzenie trwałoby osiem godzin, a naprawdę mamy czas ograniczony. Proszę o podnoszenie rąk. Bardzo proszę, panie dyrektorze. Proszę się przedstawić. Pierwszy pan od mojej strony. Przepraszam, że tak to opisuję, a nie wszyscy się znamy.

Radca prawny Wojewódzkiego Zespołu Reumatologicznego w Sopocie Marcin Andrzejewski:

Panie przewodniczący, szanowne panie posłanki i panowie, reprezentujemy szpitale reumatologiczne, wysokospecjalistyczne, funkcjonujące na terenie Polski, położone właściwie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę o przedstawienie się.

Radca prawny WZR w Sopocie Marcin Andrzejewski:

Marcin Andrzejewski – bardzo mi miło – Wojewódzki Zespół Reumatologiczny w Sopocie. Od razu przedstawię pozostałe szpitale – z Ustronia, Śremu oraz Krakowa. Wszystkie znajdują się w tej samej sytuacji. Biorąc pod uwagę regulacje w projekcie ustawy oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia, nie znajdują się w sieci. Żaden z tych wysokospecjalistycznych szpitali nie zostanie w niej umieszczony, przede wszystkim ze względu na brak kategorii. Chcielibyśmy więc wnosić o to, żeby wśród szpitali specjalistycznych, to znaczy, szpitali onkologicznych i pulmonologicznych, które zostały wybrane jako szczególne, te, które znajdują swoje miejsce w systemie, znalazły się również szpitale o specjalizacji reumatologicznej lub geriatrycznej, żeby ten rodzaj realizowanych świadczeń został uwzględniony. Proponujemy również w konsekwencji ujęcie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia także profili odpowiadających tym dziedzinom, czyli przede wszystkim z zakresu reumatologii, geriatrii oraz rehabilitacji leczniczej.

Wyjaśniając sytuację powiem, że na chwilę obecną – co zresztą powiedział pan minister – mimo wszystko jest istotna różnica pomiędzy sytuacją, w jakiej te szpitale funkcjonują, kiedy posiadają kontrakty z Narodowego Funduszu Zdrowia od początku ich funkcjonowania, a sytuacją, że nie znajdą się w tej sieci zabezpieczenia i tych czteroletnich kontraktów nie będzie. A niezależnie od poziomu finansowania w ramach tych kontraktów, czteroletnia stabilność, jeżeli chodzi o finansowanie, możliwość realizacji świadczeń, jest bardzo istotna dla funkcjonowania tych szpitali. Natomiast, odnośnie do tego, czy i w jakim zakresie zostaną ogłoszone konkursy przez Narodowy Fundusz Zdrowia w tej 15-procentowej puli konkursowej, to aktualnie tej wiedzy nie mamy i nie wiemy, czym to się skończy. W konsekwencji, nie mamy też wiedzy, czy te wysokospecjalistyczne szpitale będą w stanie dalej funkcjonować.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Proszę jeszcze raz o wymienienie tych szpitali, które pan reprezentuje.

Radca prawny WZR w Sopocie Marcin Andrzejewski:

Reprezentuję dokładnie cztery szpitale – Wojewódzki Zespół Reumatologiczny w Sopocie…

Dyrektor medyczny Śląskiego Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. Generała Jerzego Ziętka w Ustroniu Danuta Kapołka:

Śląskie Centrum Reumatologii i Rehabilitacji…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Drodzy państwo, przed chwilą pan zabierał głos i mówił pan w imieniu czterech miast. Proszę wymienić miasta, o których pan mówił.

Radca prawny WZR w Sopocie Marcin Andrzejewski:

Dobrze. Jeżeli chodzi o te szpitale reumatologiczne, znajdują się one w Sopocie, Ustroniu, Śremie i Krakowie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Zgłaszała się pani dyrektor obok, bardzo proszę. Proszę się przedstawić.

Dyrektor WZR w Sopocie Barbara Gierak-Pilarczyk:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, Barbara Gierak-Pilarczyk, dyrektor Wojewódzkiego Zespołu Reumatologicznego w Sopocie. Ja krótko, ponieważ zostało już powiedziane, po co tu jesteśmy. Mam jednak pytanie. Czy strona, która przygotowuje tę ustawę może odpowiedzieć, dlaczego reumatologia tam się nie znalazła? To pierwsze pytanie.

A poza tym, dlaczego w ustawie jest sprzeczność. Oczywiście, muszą być kliniki, instytuty i jednocześnie reumatologia jakby jest, bo w tych klinikach i instytutach jest, a nie ma takiej możliwości w szpitalach, które tylko w teorii są monoprofilowe, bo oczywiście są to szpitale, które mają dużo więcej profili. Zawsze mają rehabilitację. Mogą mieć ortopedię. A jeśli chodzi o Kraków, jest tam immunologia. Mają bardzo obszerne możliwości medyczne – wysoka specjalizacja ośrodków, znakomity zespół ludzi, dobry sprzęt. Czy to wszystko ma zginąć? To jedno pytanie.

I wracając do poziomu szpitali ogólnopolskich. Nie rozumiem, że w tych szpitalach – vide Instytut Reumatologii i Geriatrii – mogą być te dziedziny, które w żaden sposób… Przepraszam, że mówię tak głośno, ale się emocjonuję. Przepraszam bardzo…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani dyrektor, proszę spokojnie. A państwa proszę o ciszę. Każdego, kto będzie rozmawiać na inny temat, poproszę o opuszczenie sali i zajęcie się tym tematem po drugiej stronie drzwi. Bardzo proszę kontynuować, pani dyrektor.

Dyrektor WZR w Sopocie Barbara Gierak-Pilarczyk:

Muszę kontynuować. Przepraszam państwa za emocje, ale czekaliśmy... Przyjechaliśmy tutaj z ważnymi sprawami, ponieważ bardzo dużo leczonych u nas pacjentów może potem się nie dostać. My jesteśmy tu w imieniu pacjentów. Jestem lekarzem i myślę tylko o pacjentach. Dlaczego więc szpitale ogólnopolskie mogą mieć reumatologię – niektóre kliniki mają – a poza tym, reumatologia nie istnieje. Według mnie, jest to nierówność wobec prawa. Rozumiem, że są wypowiedzi na temat obywateli, a więc i pacjentów drugiego sortu. Czyli, jest pierwszy sort obywateli i drugi, pierwsi mogą mieć dostęp, a drudzy, nie. To pierwsze pytanie.

I drugie pytanie. Chciałabym zapytać pana ministra Gryzę o sformułowanie, że będą konkursy, bo oczywiście ustawa o tym mówi – ten punkt w ustawie się nie zmienił – że istnieją konkursy. Jednak, w rozporządzeniu i zmianie ustawy jest już powiedziane, że dyrektor Funduszu może ogłosić konkurs i może wystąpić do ministra. Mam więc pytanie, skąd taka uznaniowość.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję, pani dyrektor. Pani dyrektor się zgłaszała. Bardzo proszę się przedstawić.

Dyrektor medyczny ŚCRRiZN im. Generała Jerzego Ziętka w Ustroniu Danuta Kapołka:

Danuta Kapołka, dyrektor medyczny Śląskiego Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności w Ustroniu. Jest to największy szpital reumatologiczny w Polsce, ponadregionalny, kompleksowy. Chciałabym państwu uzmysłowić, jakie choroby leczy się w tych czterech szpitalach.

Proszę państwa, to nie są starsi pan i pani z laseczką i chorobą zwyrodnieniową. Reumatologia ma młodą twarz. Główne profile, jakie my leczymy, to układowe choroby tkanki łącznej, zapalenia stawów i kręgosłupa i choroby metaboliczne. Średnia wieku – 35 lat. To jest grupa pacjentów – głównie pacjentek – w okresie prokreacji, którzy żyją średnio 10 lat krócej. W województwie śląskim te choroby powodują 10% absencji chorobowej.

Reumatologia jest bardzo interdyscyplinarna. Objaw z praktycznie każdego narządu może przełożyć się na rozpoznanie choroby reumatycznej, a także choroby reumatycznej zapalnej – bo o takich mówimy – które dotyczą 3% leczonych pacjentów. To, proszę państwa… Chwileczkę, bo trochę się zagubiłam. W każdym razie, wszystkie choroby reumatyczne wymagają kompleksowego podejścia. Kompleksowość to jest diagnostyka i farmakoterapia najnowszymi terapiami biologicznymi. To jest reumaortopedia – operacja na zapalanym stawie. To jest reumatologia dziecięca i oczywiście szeroka, droga diagnostyka, łącznie z badaniami genetycznymi…

Jeszcze jedno zdanie. Kompleksowość tych szpitali przekłada się na efekt medyczny i ekonomiczny – mniej wózków, mniej rent, mniej zwolnień lekarskich. Powoduje to, że pacjent wstaje z wózka, bo, proszę państwa, reumatologia ma młodą twarz. Nasze szpitale zapewniają reumatologię od A do Z, a efektem jest mniej wózków.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Prezes Zarządu Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego Sp. z o.o. w Torzymiu Katarzyna Lebiotkowska:

Bardzo dziękuję. Katarzyna Lebiotkowska, prezes Zarządu Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu. Organem prowadzącym szpital i właścicielem spółki jest Marszałek Województwa Lubuskiego.

Szanowni państwo, reprezentuję jednostkę, która jest szpitalem wiodącym w zakresie chorób płuc na terenie województwa lubuskiego, ale myślę, że występuję także w imieniu innych tego typu szpitali pulmonologicznych, które w sposób kompleksowy leczą pacjentów ze schorzeniami pulmonologicznymi i które, niestety, w świetle rozwiązań zaproponowanych w przedmiotowej ustawie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani dyrektor, bardzo przepraszam. Proszę o ciszę na sali. Drodzy państwo, proszę o ciszę na sali. Panie senatorze, bardzo proszę. Pani dyrektor, proszę kontynuować.

Prezes Zarządu LSSPK Sp. z o.o. w Torzymiu Katarzyna Lebiotkowska:

Bardzo dziękuję. Nadmienię, że szpitale, zarówno ten, który reprezentuję, czyli Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu, jak i podobne jednostki na terenie innych województw w Polsce, jako jedyne diagnozują i leczą pacjentów chorujących na gruźlicę i udzielają świadczeń z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej, przyczyniając się w sposób znaczący do zmniejszenia kosztów leczenia przewlekłych chorób układu oddechowego poprzez udowodnione zmniejszenie liczby zaostrzeń chorób wymagających powtarzającej się hospitalizacji. Szpitale te na ogół nie mają w swoich strukturach oddziałów torakochirurgicznych, ale zabezpieczone są odpowiednimi umowami z innymi szpitalami, więc zawsze są w stanie zapewnić leczenie chirurgiczne swoim pacjentom, jeżeli takiego leczenia wymagają. Natomiast, zaproponowane przepisy w przedmiotowej ustawie i rozporządzeniu do tej ustawy powodują, że wymóg obligatoryjnego posiadania oddziału torakochirurgicznego w szpitalach, które specjalizują się – co podkreślę – w kompleksowym leczeniu zachowawczym pulmonologicznym – bo my jesteśmy szpitalem liczącym 300 łóżek i wiodącym ośrodkiem pulmonologicznym na terenie województwa lubuskiego – spowoduje, że te szpitale nie wejdą do sieci i automatycznie te województwa będą pozbawione zagwarantowanej ustawowo opieki w tym zakresie.

W związku z tym, pozwoliłam sobie na ręce pana ministra zdrowia przekazać propozycje – widziałam na stronie, że one zostały przyjęte – i mam nadzieję, i bardzo o to proszę, żeby te zmiany zostały rozpatrzone i uwzględnione w zakresie określania profili w poziomach zabezpieczania szpitali pulmonologicznych projektu rozporządzenia ministra zdrowia, gdzie nie uwzględniono profilu chemioterapia. Nowotwór płuc, rak płuc – niechlubne pierwsze miejsce w liczbie zgonów wśród nowotworów, na pewno na terenie województwa lubuskiego, a myślę, że i w innych województwach. Całkowicie pominięto zakres chemioterapii i hospitalizacji raka płuc zarówno w trybie stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym. Zaproponowaliśmy więc wprowadzenie tego profilu jako alternatywnego, czyli, żeby oprócz profilu choroby płuc i profilu torakochirurgicznego pojawił się również alternatywnie profil chemioterapia w trybie hospitalizacji i w trybie jednodniowym, co umożliwi szpitalom tego typu, co w Torzymiu, wejście do sieci. Tak jak powiedziałam, reprezentuję szpital, który jest wiodącym ośrodkiem pulmonologicznym na terenie województwa lubuskiego, a wiem, że na terenie Polski jest przynajmniej kilka tego typu jednostek, które są w podobnej sytuacji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Proszę o dalsze zgłoszenia. Widzę podniesioną rękę pana dyrektora. Bardzo proszę zabrać głos. Proszę się przedstawić. Za chwilę lewa strona.

Członek Zarządu SZKI Aleksander Żurakowski:

Aleksander Żurakowski. Nie jestem dyrektorem. Jestem członkiem Zarządu Stowarzyszenia Kardiologów Interwencyjnych i reprezentuję grupę lekarzy, którzy pracują

w rozsianych po całej Polsce małych jednostkach kardiologii interwencyjnej, co najmniej sześćdziesięciu z liczby stu pięćdziesięciu jednostek działających obecnie całodobowo i przyjmujących pacjentów. Otóż, powołowa z nich – według nowej ustawy – nie wejdzie do sieci. Chcę powiedzieć o odbiorze na „dole".

My jesteśmy postrzegani – te małe jednostki, które na co dzień pomagają pacjentom przywożonym w stanie zagrożenia życia – jako niezbędny element. Z moich rozmów ze starostami wynika, że oni w ogóle sobie nie wyobrażają, żeby tych jednostek nie było. Tego typu postępowanie byłoby olbrzymim ciosem dla Polski powiatowej, gdybyśmy z tej liczby „wyskoczyli", bo wszyscy pamiętamy, jak wyglądała kardiologia w okresie, kiedy leczenie było skupione wyłącznie w dużych centrach, w dużych miastach. Wtedy był dostęp praktycznie tylko dla osób mieszkających w dużych miastach. Ludzie z małych miejscowości, z niskim uposażeniem, po prostu do tych szpitali nie mieli dostępu.

Apeluję więc o to, aby nie zniszczyć tego, co udało się nam stworzyć, czyli tego dostępu dla każdego Polaka nie tylko w dużym mieście, ale i w małych, bo w związku z tym, że są to małe jednostki, nie spełniają kryteriów sieci. Czyli, połowie jednostek w Polsce grozi zagłada. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, umówiliśmy się, że mówią dyrektorzy szpitali, a pan…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, ale ja mam prośbę, panie przewodniczący, żeby to jakoś uporządkować. Padło kilka pytań. Od dwudziestu minut padają pytania. Niech odpowie pan minister. Będziemy wtedy wiedzieć, jaka jest sytuacja i będą dalsze pytania, tym bardziej, że te zagadnienia się powtarzają – dotyczą dwóch dziedzin, reumatologii i kardiologii. Ja też chciałbym się dowiedzieć, jak ta sytuacja wygląda.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

To nie przedłużajmy, panie przewodniczący. Bardzo proszę, panie ministrze, o dyscyplinę czasową.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, sprawa jest taka, jak wspominałem na początku. Państwo debatują nad tym w trakcie procedury przygotowania i ta wersja, która była wywieszona na stronach Rządowego Centrum Legislacji, de facto jest już inna. Ja w tej chwili nie mogę jej przedstawić, ponieważ nie jest to wersja rządowa. Dopiero, kiedy będzie wersja rządowa, będę mógł informować o szczegółach. I dlatego część wniosków, które zostały przedstawione, właściwie jest już niemerytoryczna.

Zacznijmy od kwestii szpitala w Torzymiu. Tak, rzeczywiście. I to nie była tylko pani uwaga, bo przecież zagadnienie jest skomplikowane. Słuchamy i uczestniczymy w konsultacjach. I nie dlatego, że ktoś napisał pismo, tylko dlatego, że sami się nad tym zastanawiamy, spotykamy się ze środowiskiem. Rzeczywiście, dostrzegliśmy to, że w szpitalach pulmonologicznych ten wymiar onkologii… Zresztą, proszę państwa, w ogóle była idea włączenia szpitali pulmonologicznych do grupy onkologicznych i pulmonologicznych, dlatego że pulmonologiczne w znacznej mierze również zajmują się onkologią. Akurat ten argument został uwzględniony i taka grupa szpitali w propozycji sieciowej się znalazła. Zatem, ta dyskusja jest jakby bezprzedmiotowa.

Kolejna rzecz, zasygnalizowana przez pana prof. Buszmana, dotyczy prywatnego rynku kardiologii. Proszę państwa, jest sprawą bardzo poważną, czy wszystkie szpitale i cały rynek lecznictwa szpitalnego ma wejść do sieci, czy ma to zostać zabetonowane tak, jak jest w tej chwili. Od 2012 r. nie były przeprowadzone konkursy…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani ministrze, proszę o spokój. Proszę nie podnosić głosu.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Przepraszam. Od 2012 r. nie były przeprowadzone konkursy. Cały czas jest prowadzone „aneksowanie", czyli, de facto, w którymś momencie system został zabetonowany w sen-

sie swojej podstawowej struktury. Tak, były dodatkowe konkursy, które coś dołączały. I w tym kontekście jest wypowiedź NIK-u, że dostęp do świadczeń nie poprawia się, pomimo wzrostu kwoty. Jest potencjał, który nie jest wykorzystany. Trzeba więc coś z tym zrobić. Taki stan, jaki jest w tej chwili, jest niemożliwy do utrzymania.

I w związku z tym, kolejna kwestia. Jaki jest zakres interwencji państwa? Czy sieć ma obejmować wszystko, to znaczy, że mają wejść wszystkie szpitale i wszystkie zakresy? Nie sposób sformułować kryteriów, które by objęły pełną rzeczywistość. Dotyczy to szczególnie kardiologii interwencyjnej. Jest rynek i niech rynek zdecyduje. I w tych 15-procentach ta wartość powinna zostać rynkowa, a do sieci wchodzą szpitale, które charakteryzują się określonymi cechami – mają izbę przyjęć albo SOR, są wieloprofilowe, więc zapewniają bezpieczeństwo pacjentów w wielu aspektach. Natomiast, w aspektach ważnych, ale cząstkowych, szczególnie tam, gdzie ten rynek jest rozwinięty przez pewną historię – była określona cena świadczenia – wchodzą prywatni przedsiębiorcy. Jest rozbudowany rynek. Niech działają rozwiązania rynkowe, które są w tej chwili. Kolejna sprawa – szpitale reumatologiczne…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, jedna sekunda. Drodzy państwo, proszę o ciszę na sali. Pana ministra proszę o dyscyplinę czasową, tak jak każdego z państwa. Na kilka minut przejmie prowadzenie posiedzenia Komisji… Panie przewodniczący, naprawdę trudno jest mówić, kiedy słyszę taką dychotomię z dwóch stron. Na chwilę przejmuje prowadzenie posiedzenia Komisji Zdrowia pani poseł Małecka-Libera, pan minister kontynuuje. I proszę o dyscyplinę czasową oraz ciszę na sali.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Sprawa szpitali reumatologicznych. W tej chwili mogę odpowiedzieć tak, jak odpowiedziałem poprzednio. Trwają prace analityczne i nie mogę odpowiedzieć w tym zakresie, ponieważ reumatologia wchodzi do sieci. Wchodzi nie tylko na poziomie szpitali klinicznych i ogólnopolskich, ale też jako element kryterialny do któregoś poziomu szpitali. Natomiast, w przypadku szpitali monoprofilowych, czy to będzie możliwość wskazania palcem, czy udziału w rynku, na podstawie tego poziomu analitycznego i tego poziomu decyzyjnego, na którym jesteśmy w tej chwili, nie mogę na to pytanie odpowiedzieć. Ten problem jest wzięty pod uwagę. Zastanawiamy się nad tym.

Dlaczego reumatologia nie znalazła się poniżej poziomu szpitali klinicznych? Dlatego, że szpitale reumatologiczne, na przykład, nie mają kontraktowanej izby przyjęć. Przykładowo, szpitale zakaźne mają kontraktowaną izbę przyjęć i można powiedzieć, że taki aspekt gotowości i natychmiastowego udzielenia świadczenia – a taka jest podstawowa idea tej sieci, czyli szpitala „ostrego" – te szpitale spełniają. A szpital reumatologiczny nie. Budowa takiej klasyfikacji to nie jest proste zadanie. To nie jest kwestia tego, że kogoś się lubi, a kogoś się nie lubi. Chodzi o to, żeby tę sieć zbudować mądrze, żeby zabezpieczyć świadczenia tam, gdzie one powinny być zabezpieczone, a jednocześnie zostawić pewien obszar rynku, który umożliwiłby elastyczność i dopełnienie tego systemu. Dalego w przypadku szpitali reumatologicznych to wszystko bierzemy pod uwagę, ale dopiero po podjęciu ostatecznej decyzji zostanie przedstawiona propozycja i Sejm to będzie rozstrzygać… Parlament, przepraszam.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, proszę nie dziwić się, że są takie emocje, ponieważ sam pan powiedział, że kolejny projekt jest zmieniany. Wszystkie osoby, w tej sali, są tym żywo zainteresowane i śledzą poszczególne etapy. Gdyby państwo podeszli do tematu stworzenia sieci w inny sposób, tak jak proponowaliśmy, czyli poprzez jakość i mapy, to nie byłoby tego problemu, jaki jest w tej chwili, że są pierwszo-drugo-trzeciorzędowe, ogólno, nie ogólno... Z tego wynika ta sytuacja, jaka jest.

Nie, po kolei. Zgłasza się pani dyrektor…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, ale…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Bardzo przepraszam. Zaraz. Chwileczkę… Ja prowadzę posiedzenie Komisji. Panie ministrze, bardzo proszę. Ja panu oczywiście dam głos, ale proszę nie robić tego w ten sposób. I proszę również nie podnosić głosu, bo nie ma potrzeby. Pani dyrektor…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo bym prosił, żeby pan minister, tak jak jest w zwyczaju, mógł się wypowiedzieć…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy ja panu udzieliłam głosu?

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę. Pan minister odpowiada krótko…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dobrze. Panie ministrze, słucham. Dwa zdania.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Dziękuję bardzo. Chciałbym się ustosunkować do kwestii kryteriów jakościowych. Pani minister, to proszę o wskazanie kryteriów jakościowych, obiektywnych wskaźników, które byłyby możliwe do zbudowania kryteriów wejścia do sieci i nie byłyby poddawane krytyce w budowie systemu. Takie kryteria jakościowe można budować, na przykład, przy podnoszeniu ceny za punkt, ponieważ to jest relacja pomiędzy szpitalem a płatnikiem. Natomiast, kryteriów jakościowych, wskaźników jakościowych, które byłyby obiektywne, zbudowane na podstawie dostępnych powszechnie rejestrów, po prostu nie ma…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

To może należy się zastanowić, czy to jest dobry moment na to, żeby wprowadzać tę sieć. Dyskusja na temat jakości jest drugą sprawą… Panie ministrze, powiedział pan…

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Pani minister, pani wprowadziła sieć w roku…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Zakończył pan swoją wypowiedź. Dziękuję bardzo. Pani dyrektor się zgłasza. Proszę bardzo.

Prezes Zarządu Szpitala Wojewódzkiego Sp. z o.o. w Opolu Renata Ruman-Dzido:

Renata Ruman-Dzido, Szpital Wojewódzki w Opolu. Właścicielem jest samorząd województwa.

Ja wnoszę o to, aby na trzecim poziomie uwzględnić profil hematologii i chemioterapii. W aktualnym projekcie hematologia jest zarezerwowana wyłącznie dla szpitali onkologicznych, a w wielu miejscach, w tym na Opolszczyźnie, hematologia jest w szpitalu specjalistycznym wojewódzkim. Pominięcie hematologii, na przykład na poziomie trzecim, spowoduje, że mieszkańcy województwa opolskiego nie będą mieć w ogóle dostępu do leczenia szpitalnego w zakresie hematologii.

Chemioterapia. Mamy oddział pulmonologii i leczymy raka płuca, a chemioterapia jest zarezerwowana wyłącznie dla szpitali stricte onkologicznych. Wnoszę więc o to, aby oddział chemioterapii również znalazł się na trzecim poziomie.

Ponadto, zwracam uwagę na to, że aktualnie wśród profili pominięto całkowicie gastroenterologię, endokrynologię, diabetologię i dermatologię z wenerologią. Nie mówimy o kosmetycznej części dermatologii, tylko o leczeniu poważnych schorzeń dermatologicznych i wenerologicznych.

Proszę państwa, ja reprezentuję szpital, który liczy 10 oddziałów specjalistycznych – oczywiście intensywną terapię, oddział chorób zakaźnych i pulmonologię. W województwie opolskim to jest jedyny oddział, do którego pacjenci mają dostępność, a według tych kryteriów, jakie są podane w aktualnym – z września – projekcie rozporządzenia, my ledwie się kwalifikujemy na pierwszy poziom.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Dwie osoby po lewej stronie. Pan obok pani dyrektor i tam jest następna osoba.

Prezes Zarządu Stobrawskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. Mirosław Wójciak:

Mirosław Wójciak, Stobrawskie Centrum Medyczne. Właścicielem spółki jest województwo opolskie. Mnie interesuje temat geriatrii. Chciałbym, żeby pan minister zajął stanowisko.

Ja od dziesięciu lat prowadzę oddział geriatryczny i czuję się trochę niekomfortowo, bo dokładam do tego oddziału. Utworzyliśmy centrum geriatryczne. Utworzyliśmy trzy miejsca akredytacyjne, szkolimy geriatrów, a o geriatrii ani słowa. Co z geriatrią, już nawet nie w aspekcie sieci? Co w ogóle z geriatrią?

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Następny pan, proszę bardzo.

Dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego im. św. Jadwigi w Opolu Krzysztof Nazimek:

Krzysztof Nazimek, również województwo opolskie. Zespół Neuropsychiatryczny w Opolu. To również jest szpital marszałkowski.

Zespół Neuropsychiatryczny obejmuje dwie specjalności – neurologię i psychiatrię, 313 łóżek, 110 łóżek neurologicznych, dwa oddziały neurologii dla dorosłych, oddział neurologiczny dla dzieci i dwa oddziały udarowe, mające 48 łóżek…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Prosiliśmy, bez charakterystyki szpitali. Mówmy o konkretach. Dobrze?

Dyrektor WSZN w Opolu Krzysztof Nazimek:

Szpital monospecjalistyczny nie mieści się w sieci. Leczymy ponad 1500 udarów w skali roku. Mieliśmy pierwsze miejsce w leczeniu trombolitycznym o najniższym wskaźniku śmiertelności okołoudarowej i nie jesteśmy w sieci…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Zakończył pan?

Dyrektor WSZN w Opolu Krzysztof Nazimek:

Mamy „ostrą" izbę przyjęć. Od czterdziestu lat działamy „ostro". Izba funkcjonuje, mamy zabezpieczenie anestezjologiczne. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Teraz środkowy rząd. Pan dyrektor z lewej.

Dyrektor Centrum Leczenia Oparzeń im. dr Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich Mariusz Nowak:

Mariusz Nowak. Jestem dyrektorem Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich. Szpital jest poza siecią, nie jest ujęty w przewidywanych zmianach, chyba, że teraz coś na bieżąco się dzieje. Szpital marszałkowski, nie jest ośrodkiem klinicznym. Jest przygotowany do funkcjonowania jako szpital „ostry", z lądowiskiem na dachu, przygotowany na przyjęcie pacjentów. W ciągu roku przywieziono do nas 70 pacjentów z terenu całego kraju. Mapy zdrowotne pokazują, że nie ma tego szpitala i że nie ma oparzeń na Śląsku. Wniosek z map zdrowotnych jest taki, że w oparzeniach jest trend malejący, ponieważ my wszystko bierzemy, a mapy były brane pod uwagę w związku z tym, że jesteśmy oddziałem chirurgicznym. I właściwie to tyle. Jeżeli taki szpital jest poza siecią, to trzeba znaleźć jakąś możliwość, żeby to był szpital ogólnopolski, bo w propozycjach na razie nie jest przewidywany.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Rozumiem, że to jest to, co mówił pan minister, że dyrektor Narodowego Funduszu Zdrowia będzie mógł ogłosić konkurs. Widzę podniesioną rękę na końcu rzędu, po lewej stronie. Proszę bardzo.

Wiceprezes Zarządu Mazowieckiego Centrum Rehabilitacji STOCER Sp. z o.o. Jan Orgelbrand:

Dzień dobry państwu. Jan Orgelbrand, wiceprezes Mazowieckiego Centrum Rehabilitacji STOCER w Konstancinie pod Warszawą. To jest szpital im. prof. Weissa, który od 70

lat buduje swoją pozycję na dwóch nogach – rehabilitacja i ortopedia. Jest pytanie, czy w związku z tym, należy sobie dorobić dwa profile, żeby znaleźć się w sieci, czy będzie szanowany ten dorobek i wysoka jakość, która i historycznie, i dzisiaj jest dorobkiem naszego szpitala. To jest główne pytanie. Jeżeli dwa profile są bardzo dobre, to może też to trzeba uwzględnić, nie szukając na siłę dwóch profili, które siłą rzeczy będą nowe, słabsze itd. Wydaje mi się, że zaczynanie od czterech profili to jest pewien błąd systemowy w myśleniu o sieci szpitali. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Pan minister odpowie na tych kilka pytań, a później znowu prawa strona. Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Po pierwsze, uwaga dotycząca mojego ostatniego wątku. Mianowicie, w projekcie rozporządzenia, który państwo widzieli i nad którym procedujemy, są wymienione profile kryterialne i nie jest tak, że trzeba mieć je wszystkie, tylko liczbę, która jest określona jako krytyczna. Dla pierwszego stopnia trzeba mieć dwa profile z pięciu. Na przykład, w przypadku STOCER-a i Piekar Śląskich, rzeczywiście są to szpitale… W ogóle podchodząc do tego zagadnienia uważaliśmy, że system w Polsce jest nieuporządkowany. Za chwilę przejdę do oparzeniówek i na tej podstawie też powiem o tej charakterystyce polskiego systemu. Niewiadomo dlaczego profile szpitali ustawione są w różnych miejscach, oczywiście, z pewnym dorobkiem historycznym i merytorycznym, z tym, że świadczą usługi. To jest jasne.

Jednak – jeszcze raz powołam się na raport NIK-u – żeby zmienić i poprawić dostęp do świadczeń i lepiej wykorzystać bazę, trzeba wprowadzić pewien system organizacyjny, który pozwoli na lepsze wykorzystanie tego potencjału. I to jest taka próba. I w ogóle, nie tylko w kwestii systemu sieci szpitali, ale w każdej typologii systemu zawsze zostaje pozycja „pozostałe", a tutaj, szczególnie, kiedy ten system jest tak różnorodny, kiedy każdy ma inną cechę, uporządkowanie tego systemu do końca jest bardzo trudne. Dlatego zostawiliśmy pozycję „pozostałe" i przewidziany był mechanizm, że jeśli szpital spełnia istotną rolę w zapewnieniu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, to dyrektor oddziału przedstawia taką analizę i za zgodą ministra ten szpital znajduje się w sieci. Oczekiwania wynikające z analizy…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Przepraszam na chwilę. Bardzo proszę o spokój, bo tu naprawdę bardzo źle słychać wypowiedzi z sali i to, co mówi pan minister.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Miedzy innymi, ocena konsultacji społecznych – wniosków, które państwo przedstawiali w wyniku konsultacji społecznych – pokazuje, że oczekiwania są dalej idące, że te kryteria powinny iść w stronę dopasowania do poszczególnych jednostek. To de facto nie jest w pełni możliwe. Natomiast, jak już zastrzegłem, w pewnej mierze te uwagi zostaną uwzględnione, ponieważ budujemy takie kryteria, żeby szczególnie istotne szpitale mogły się tam znaleźć, a na pewno takimi szczególnymi szpitalami są STOCER i Piekary Śląskie. W przypadku Siemianowic Śląskich, jest to odrębna kategoria i, proszę państwa, szpital w Łęcznej, który pełni istotną rolę w systemie, a jest szpitalem powiatowym.

Cztery szpitale obejmują oparzeniówkę. To pokazuje wolnoamerykankę, w jakiej system w Polsce był tworzony. Teraz to trzeba uporządkować. I rzeczywiście, szpital w Siemianowicach Śląskich, czy Gryficach, które też trzeba wymienić, bo pełnią istotną rolę w tym systemie, i tak w to wejdą, ale wskazane przez dyrektora, bo jest taka perspektywa. Natomiast – jak wspomniałem – w ostatecznej wersji przedstawimy propozycję, która zapewne będzie uwzględniać te elementy, że zarówno oparzeniówka, jak i te szpitale jednoprofilowe – to znaczy, nie jednoprofilowe, bo STOCER nie jest jednoprofilowy w sensie pewnej gałęzi – w tej sieci się znajdą.

Kolejna sprawa. Było pytanie dotyczące geriatrii. Proszę państwa, minister zdrowia tutaj prezentuje stanowisko, które jest zaprezentowane w mapach potrzeb zdrowotnych. Otóż, geriatrów trzeba kształcić. I dlatego geriatria powinna się rozwijać przy jednost-

kach kształcenia, czyli w instytutach i szpitalach klinicznych. Tam powinna rozwijać się geriatria w sensie kształcenia. Natomiast, w pozostałych szpitalach powinno być wsparcie geriatryczne. Z tego wynika wprowadzenie do koszyka procedury geriatrycznej, która już obowiązuje bodajże od 1 czy 30 czerwca, a także zamysł, żeby powstawał zespół geriatryczny. I takie działania minister zdrowia podejmuje. Natomiast, w pozostałym zakresie… Jeszcze powiem, że geriatria może być rozliczana na pierwszym i drugim poziomie w całości poprzez profil zachowawczy, czyli internę, dlatego, że przy przyjętej konstrukcji mówimy nie o oddziale wewnętrznym, nie o oddziale chirurgii, tylko o profilach. A w ramach profilu wewnętrznego można wykonywać świadczenia, zresztą, na podstawie, na przykład, załącznika do zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który określa procedury i grupy procedur, jakie mogą być wykonywane w poszczególnych oddziałach. Te grupy czasami wzajemnie się pokrywają. I właśnie te grupy procedur mogą być wykonywane, między innymi, na oddziale wewnętrznym i na oddziale chirurgii. W takim sensie definiujemy profil wewnętrzny i profil chirurgiczny na stopniu pierwszym i na stopniu drugim. I tak oto geriatria może być rozliczana w ramach tego profilu, natomiast szpital geriatryczny, który działa odrębnie, z tymi zastrzeżeniami, o których powiedziałem – kształcenie na poziomie ogólnopolskim, klinicznym i instytutowym – a w pozostałym zakresie, oprócz rozliczania tego przez szpitale w ramach interny, poprzez konkurs, ponieważ na to jest pewien rynek. Dlaczego więc tego rynku na to nie zostawić?

I wreszcie, sprawa Opola. W tym zakresie kryteria nieco się zmieniły, czy zmieniają... Cały czas jest pewna dychotomia, ponieważ ja nie mogę państwu w tej chwili przedstawić ostatecznego projektu, bo on nie został przyjęty przez ministra zdrowia, a w konsekwencji przez rząd i dlatego rozmawiamy o pewnych problemach. W tym zakresie sytuacja nieco się zmieniła, ponieważ onkologia zapewne zostanie dołączona. Tam było kryterium posiadania chyba czterech profili, jednak, ze względu na istotę tego problemu, onkologia została dołączona do tych zagadnień. Tyle mogę powiedzieć odpowiadając na to pytanie.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, zgadzam się absolutnie, że kryteria są tu najważniejsze i najistotniejsze. Nie budziłyby tyle emocji, co w tej chwili, gdyby od początku były czytelne dla wszystkich. Natomiast, jeżeli sytuacja jest właśnie taka, że ze strony osób, które tym się interesują, są protesty i dopiero wtedy zmieniają się kryteria doboru, to, niestety, rodzi to obawy i lęki tych szpitali, które do tej sieci cały czas się nie dostają. Nie dziwię się też, że na tym posiedzeniu Komisji tak wybrzmiewają te tematy.

Teraz, od mojej prawej strony, z końca, trzech panów, jeden za drugim. Proszę bardzo.

Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Brodnicy Dariusz Szczepański:

Dariusz Szczepański, dyrektor Szpitala Powiatowego w Brodnicy. Podmiot tworzący, powiat.

Troszkę się obawiam, że pan minister już udzielił odpowiedzi na moje pierwsze pytanie, ale nie mogę w to uwierzyć, dlatego też to pytanie zadam. Co z profilami wykraczającymi poza przypisany poziom, biorąc pod uwagę to, że są jednostki, które dostosowując się do zarządzenia ministra zdrowia poczyniły potężne nakłady? W naszym przypadku jest to ponad 45 mln zł. Korzystaliśmy także ze środków RPO. To jest pierwsze pytanie.

I drugie pytanie. Co z budżetem dla tych podmiotów, które po 31 grudnia 2015 r. dynamicznie rozwinęły swoją działalność? Nasz przykład, to 30-procentowy wzrost osobodni pomiędzy styczniem a wrześniem 2016 r. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Kolejny pan, proszę.

Prezes Zarządu Szpitala Powiatowego w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. Mariusz Trojanowski:

Dzień dobry państwu. Mariusz Trojanowski. Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim, który działa w formie organizacyjnej spółki prawa handlowego. Właścicielem udziałów w 100-procentach jest samorząd powiatu aleksandrowskiego.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowny panie ministrze, przyjeżdżając tutaj, w tę trudną pogodę, miałem nadzieję, że usłyszę kilka rozsądnych rzeczy, żeby mówić właśnie do rzeczy, a nie od rzeczy. Przepraszam, ja nikomu w tej chwili nie stawiam takiego zarzutu, ale takie jest moje przesłanie dla nas wszystkich, żebyśmy o zdrowiu rozmawiali do rzeczy, a nie od rzeczy, bo nam na dole wydaje się, kiedy przyjeżdżamy tu do państwa, że w Warszawie nie zna się czasem realiów, jakie są tam, gdzie robimy to na co dzień.

Proszę państwa, istotne dzisiaj pytanie, jakie zadał przewodniczący, kiedy na początku prowadził to spotkanie, jest takie, czy wejdziemy do tej sieci. Otóż, okazuje się, że szpitale powiatowe w większości wejdą do sieci, ale tu nie chodzi o to, że one kwalifikują się do wejścia do sieci lub nie, tylko o to, czy one później utrzymają się w tej sieci.

Proszę państwa, to, co kolega przed chwilą podniósł, jest bardzo ważną sprawą, dlatego, że szpitale powiatowe wejdą, ale trochę ogołocone i pokancerowane, będą jak ptaki bez skrzydeł. Trzeba zauważyć, że szpitale powiatowe utrzymują się, tak naprawdę, wyłącznie dzięki wielkiej inwencji osób zarządzających i pracowników, którzy starają się w jakikolwiek sposób doprowadzić do tego, żeby te szpitale mogły funkcjonować. Pan minister mówił, że chodzi o misję. Wszyscy z tym się zgadzamy. Pewnie, że chodzi o misję, ale musi ona być osadzona w realiach. A realia, proszę państwa, są takie, że szpitalom powiatowym trudno jest przetrwać z miesiąca na miesiąc. Zatem, myślenie o przyszłości tylko w kategoriach historycznych jest o tyle niebezpieczne, że to ujęcie historyczne na przyszłość ma się zmienić. To znaczy, że te szpitale – jak wcześniej podkreślałem – mają być pozbawione pewnych możliwości. Tak więc kwestia wyłączania niektórych rodzajów leczenia z dotychczas obowiązujących, powoduje to, że tak może być.

Dla przykładu powiem o sytuacji kardiologii. To jest tylko jeden z przykładów. W szpitalach powiatowych kardiologia mogła funkcjonować oprócz interny. W tej chwili zamierza się ją zlikwidować. Niejako ma ona wejść w internę, ale to nie to samo, i nie tak samo. Pytanie, czy w taki sam sposób będzie można udzielać świadczeń bez sposobu finansowania, bo, szanowni państwo, mówiąc o tym „do rzeczy" nie chciałem nikomu zrobić przykrości, tylko zaznaczyć, że o finansach również trzeba mówić. Przy misji leczenia ludzi, nie można zapominać, że to jest proces kosztowny. Jeżeli więc podmiot nie będzie mieć realnych szans utrzymać się na rynku, to po prostu tej misji nie będzie, bo nie będzie podmiotu.

Dlatego, chciałbym również powiedzieć, proszę państwa, że szpitale powiatowe mają swoją szczególną specyfikę. I zwracam się do pana ministra z prośbą, aby zauważył tę okoliczność, że szpitale powiatowe w większości przypadków są na pierwszej linii boju, są jak piechota w wojsku, która idzie, a proszę państwa…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie dyrektorze, proszę konkludować.

Prezes Zarządu Szpitala Powiatowego w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. Mariusz Trojanowski:

W konkluzji, panie ministrze, chciałbym zapytać tylko o jedną kwestię. Kiedy, tak naprawdę, będzie można zapoznać się expressis verbis ze wszystkimi przesłankami, jakie należy spełnić, aby szpital powiatowy mógł znaleźć się w tym systemie, bo – szczerze mówiąc – my ich do końca nie odnajdujemy. Musimy ich poszukiwać w tym gąszczu informacji, a chcielibyśmy je dostać wyrażone explicite – jasno i konkretnie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. I jeszcze jeden pan, który podnosił rękę.

Rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA Wojciech Wiśniewski:

Dzień dobry. Wojciech Wiśniewski, Fundacja Onkologiczna ALIVIA. Nie jestem dyrektorem ośrodka, przez co jestem pozbawiony pewnej perspektywy, natomiast mam nieodparte wrażenie, że ta regulacja będzie jednak rzutować na sytuację pacjentów.

Ze względu na to, czym zajmuje się moja organizacja, chciałbym zauważyć, że odnośnie do diagnozy w całości zgadzamy się z panem ministrem. System opieki onkologicznej

w Polsce uległ daleko idącej dezintegracji, czego przykładem jest to, że Narodowy Fundusz Zdrowia rozliczył leczenie chirurgiczne raka jajnika w 2015 r. w ponad 200 ośrodkach, co przekłada się na tysiące kobiet, które, tak naprawdę, nie były leczone w sposób optymalny. I faktycznie jest też tak – co pokazuje wspomniany tu dzisiaj wielokrotnie raport Najwyższej Izby Kontroli – że system płatności za świadczenie wyczerpał się.

Jeżeli jednak nic nas nie różni, jeśli chodzi o diagnozę, to wydaje się, że różnimy się odnośnie do metody rozwiązania tego problemu. A to dlatego, że spodziewamy się, iż, tak jak dochodzi do marnotrawienia niewielkich środków publicznych na ochronę zdrowia przy systemie płatności za świadczenie, bardzo łatwo tak zwani świadczeniodawcy znajdą sposób na poszukiwanie efektywności ekonomicznej przy rozliczaniu ryczałtowym. Efekt będzie taki, że za to będą płacić pacjenci. Najczęściej to będą historie, o których nikt się nie dowie, bo będą przeżywane w zaciszu domu albo rodzin i nigdy nie będą przedmiotem debaty czy to sejmowej Komisji Zdrowia, czy podczas jakiejkolwiek innej sytuacji. Dlatego opowiadamy się za tym, żeby stworzyć system natury mieszanej, czyli, poprzez akredytację, monitorowanie już wspomnianej jakości, kontraktowanie pewnego rodzaju świadczeń dodatkowo, tworzenie tak zwanych unitów narządowych.

Dlaczego to ma sens? Ostatnio jest bardzo modne, aby na każdej konferencji branżowej mówić o tym, że należy zwiększyć nakłady na system ochrony zdrowia w Polsce. Nie ma to żadnego sensu, dlatego, że na razie nie wiemy, jak ten system działa. Nie mamy żadnych narzędzi, które pozwoliłyby nam to zmierzyć. I nawet jeśli państwo wprowadzą zmiany – ktokolwiek by to zrobił – to nie będą w stanie udowodnić, że to było dobre. A efekt będzie taki, że ktoś mało przytomny w zaciszu jakiegoś szpitala zapisze kogoś na zabieg albo na konsultacje za 2 lata, pewien dziennik podchwyci temat i będziemy świadkami medialnej burzy, która przetoczy się przez cały kraj. To nie ma żadnego sensu. I jeszcze odnośnie do…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę kończyć.

Rzecznik Fundacji ALIVIA Wojciech Wiśniewski:

Dobrze. Uprzejmie prosimy o wdrożenie monitorowania jakości na podstawie stworzonych schematów postępowania terapeutycznego w onkologii, akredytację ośrodków oraz monitorowanie skuteczności leczenia i satysfakcji pacjentów. Wydaje się, że bez tego ta zmiana będzie nieefektywna, a nas nie stać na to, żeby marnować środki publiczne.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Panie ministrze, wypłynęły tu dwa główne tematy. Kwestia szpitali powiatowych, to pierwsza rzecz. I druga rzecz – jakość i akredytacja. Proszę w kilku zdaniach odnieść się do tego. Są jeszcze zgłoszenia, ale proszę w miarę krótko. Proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Odnośnie do tego, co powiedział pan z Fundacji Onkologicznej, całkowicie się zgadzam. Tak jest. Potwierdzam to. Taka jest diagnoza i taki jest kierunek rozwiązania. A kierunek rozwiązania, o którym pan mówi, obejmuje kilka aspektów. Po pierwsze, próba uchwycenia organizacyjnego w sensie struktury – to jest propozycja sieci. Po drugie, zagadnienia koszykowe i związane z koordynacją. Po trzecie, zapewnienie płatności i uwzględniania pewnych elementów jakości i przykładności. Te zagadnienia mają być uregulowane poprzez umowę między płatnikiem a wykonawcą świadczeń, opartą na podstawie zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Jestem przekonany, a właściwie to wiem, że w momencie, kiedy przedstawimy ten projekt rządowi, to będzie on zawierać zarówno projekt ustawy, projekt rozporządzenia, jak i projekt zarządzenia prezesa, który będzie definiować warunki finansowania w ramach ryczałtu.

Mogę dodać, że rzeczywiście idziemy w tę stronę, o której pan powiedział. Zresztą, odpowiadałem już na to pytanie w związku z kilkoma interpelacjami. Otóż, ryczałt jest jednym z elementów możliwości finansowania świadczeń. Idziemy w taką stronę, żeby wskazać grupy świadczeń, które będą mieć wydzielone finansowane. Poza tym, częściowo w tym wydzielonym finansowaniu, czy w grupach świadczeń, pozostanie mechanizm, żeby postarać się monitorować i modelować ten system całościowo. To zostanie przed-

stawione w szczegółach. W tej chwili trwają prace i mam nadzieję, że po przedstawieniu tych wszystkich regulacji sprawa będzie jasna.

Powtórzę jeszcze raz. Zgadzam się z tym, co powiedział pan z Fundacji Onkologicznej. W tę stronę idziemy, ale same rozwiązania koszykowe nie wystarczą bez budowy struktury organizacyjnej, bez uchwycenia całości tego sytemu. To wszystko musi zagrać ze sobą. Taki jest zamysł.

W przypadku szpitali powiatowych – w moim przekonaniu – ta sieć właśnie podkreśla znaczenie tych szpitali. Mówi o tym, jaką rolę spełniają. Poza tym – powtórzę to już po raz kolejny – ten projekt nie jest jeszcze całościowy. Głosy ze środowiska były między innymi takie, żeby, na przykład, dołączyć rehabilitację do tych podmiotów, które są w sieci, a to w znacznej mierze dotyczy szpitali powiatowych, bo tam rehabilitacja ogólnoustrojowa, neurologiczna i kardiologiczna wykonywana jest w ponad 50-procentach. I nad tym modelem pracujemy.

W przypadku pana szpitala, to znaczy, szpitala z Aleksandrowa Kujawskiego, jest on na poziomie pierwszym, a kardiologia w znacznej mierze, na podstawie historii, jest rozliczana w oddziale wewnętrznym. Kwota, która nie jest rozliczana w oddziale wewnętrznym, jest niewielka. Pozostałe świadczenia, które nie są rozliczane w oddziale wewnętrznym, mogą podlegać konkursowi. Jednak – jeszcze raz powtórzę – nie mogę w tej chwili powiedzieć wszystkiego ostatecznie, ponieważ w przypadku neurologii udarowej czy kardiologii interwencyjnej, które znalazłyby się na pierwszym poziomie, bierzemy pod uwagę to, żeby je dołączać, ponieważ są to zakresy, które są związane bezpośrednio z ratowaniem życia. Wydaje się więc zasadne, aby one w tych szpitalach się znalazły nie tyle jako profile kryterialne, ale jako profile dodatkowe.

Dodatkowo powiem – jeszcze raz z całą mocą chcę to podkreślić – że idea sieci nie polega na tym, że tam znajdą się wszystkie zakresy i cała działalność szpitala. Tam mają się znaleźć podstawowe wymiary, te, które gwarantują bezpieczeństwo dostępu do świadczeń, bezpieczeństwo zdrowotne i bezpieczeństwo państwa. Natomiast, w pewnym zakresie powinno to odbywać się na drodze rynkowej i konkursowej, żeby został zachowany element elastyczności, aby można było kupować rzeczy nowe. Być może nie zwrócili państwo na to uwagi, ale w dyskusji ten element się pojawiał. Bez tego elementu dopełnienia konkursowego ten system nie zachowa swojej sprawności. To jest absolutnie niezbędne. Jest to więc jedna z przesłanek istotnych przy budowie kryteriów pozwalających na wejście do sieci szpitali.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, ostatnie dwa głosy z sali, a następnie głosy posłów, którzy jeszcze się zgłaszają. Tak więc, dwie minuty dla dwóch panów i następnie posłowie. Proszę bardzo, może najpierw prawa strona, a potem lewa.

Wicedyrektor Pracodawców RP Marcin Pakulski:

Dziękuję bardzo. Marcin Pakulski. Dzisiaj reprezentuję Pracodawców RP. Chciałbym zgłosić uwagę ogólną. Myślę, panie ministrze, szanowni państwo, że problem polega na tym, iż obawa wszystkich związana jest z tym, że po nałożeniu budżetu NFZ na siatkę szpitali projektowaną poprzez zmiany w ustawie, o której mówimy, zabraknie pieniędzy na konkursy. I w ten sposób do jednego worka, tak zwanego konkursowego, zostaną wrzucone różne podmioty o różnym zakresie działania, różnej skali i ważności, i w końcu rożnej efektywności dla pacjenta. Mamy do czynienia z wielką obawą, zwłaszcza wśród podmiotów niepublicznych, które są szpitalami monoprofilowymi, wyspecjalizowanymi w wąskiej dziedzinie, w której jednak oferują wysoką jakość i wysoką efektywność. Istnieje obawa, że te dobre szpitale monoprofilowe, które są zdyskwalifikowane chociażby z tego powodu, że nie mają izby przyjęć, której, tak naprawdę, nie ma sensu kontraktować przy szpitalu monoprofilowym, bo pacjent dostaje się tam już zdefiniowany, nie będą mieć możliwości dalszego funkcjonowania na skutek braku finansowania…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie dyrektorze, zrozumiałam. Chodzi o dodatkowe pieniądze z kontraktowania – w jaki sposób to będzie dzielone. Jeszcze jedno pytanie, proszę bardzo.

Pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni państwo, Marek Wójcik, Związek Miast Polskich i Związek Powiatów Polskich. Ja wykorzystam minutę z mojego limitu.

Po pierwsze, chciałbym prosić pana ministra o wyjaśnienie kwestii reumatologii, ponieważ mam wrażenie, że nie do końca wiadomo, jak państwo odnosili się do postulatów zgłaszanych przed chwilą przede wszystkim przez dyrektorów szpitali. Po drugie, rozumiem odpowiedź pana ministra dotyczącą onkologii w ten sposób, że oddziały onkologiczne znajdą się na poziomach pierwszym, drugim i trzecim. Prośba o wyjaśnienie.

Po trzecie, pytanie o harmonogram. W propozycjach wskazywali państwo 30 kwietnia jako termin ostateczny, kiedy ten system będzie zidentyfikowany do końca. Jest pytanie, czy rzeczywiście ten harmonogram uda się zrealizować w spokoju społecznym.

Czwarte i ostatnie już pytanie, a potem dwa krótkie wnioski. Pytanie o jakość. W jaki sposób, panie ministrze, zechcą państwo uwzględnić te podmioty lecznicze, które uzyskały akredytację Ministra Zdrowia? To nie jest łatwa akredytacja. Czy państwo przewidują jakąś możliwość rekompensaty tym szpitalom, które gwarantują wysoką jakość i zdobyły akredytację, w kontekście docierania do sieci?

I dwie prośby. Pierwsza, dotycząca rehabilitacji, którą ośmielam się już wypowiadać po raz kolejny. Mianowicie, jest to prośba o włączenie rehabilitacji do ryczałtu. To dobre rozwiązanie – połączenie hospitalizacji, poradni przyszpitalnych i rehabilitacji w kontekście kompleksowości usług. Prośba o rozważenie tej kwestii.

I ostatnia prośba, której podstawą jest wypowiedź dyrektora z Siemianowic Śląskich. W tej chwili, jeżeli chodzi o możliwości dołączania do sieci, państwo przewidują tylko ruch od dołu. To znaczy, że jeżeli dyrektor oddziału wojewódzkiego uważa, że jakiś podmiot jest ważny na mapie województwa, to kieruje wniosek do ministra, prosi ministra o opinię i ona musi być pozytywna. Proszę o rozważenie również kierunku przeciwnego. Jeżeli państwo mają spojrzenie horyzontalne, ponadregionalne, a w przypadku oparzeniówki jest to ewidentne – są to tylko cztery ośrodki – to może warto zarezerwować możliwość odwrotną i z perspektywy horyzontalnej również dołączyć tego typu podmiot do sieci. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Lista osób zaproszonych uległa wyczerpaniu. Teraz oddaję głos posłom. W kolejności, pan poseł Miller, pan poseł Hok i pan poseł Zembala. Szanowni państwo, również obowiązuje dyscyplina czasowa. Mamy salę na określony czas... W tej chwili udzielam głosu pan posłowi Millerowi. I w kolejności, tak jak powiedziałam. Proszę tylko o dyscyplinę czasową.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie ministrze, mam kilka pytań. Niepokoi mnie użyte przez pana określenie „rynkowość". Co to znaczy, bo życie i zdrowie pacjenta nie może się przekładać na rynek? Zacznę od kardiologii interwencyjnej.

Panie ministrze, bardzo istotne jest to, co mówił pan prof. Buszman. Dotychczasowe podstawy i założenia uratowały życie wielu ludzi. Pan doskonale wie, że jest tak zwana złota godzina, w której pacjent musi dotrzeć do szpitala. Ja akurat jestem z miejscowości, w której prawdopodobnie zostanie zlikwidowana klinika kardiologii interwencyjnej i naczyniówki. Pacjenci z mojego powiatu nie będą mieć szans dotrzeć do szpitala wojewódzkiego, żeby uratować im życie czy zdrowie. Wypowiadam się tu w imieniu mieszkańców powiatu nyskiego i okolicznych powiatów. To, po pierwsze. Jeżeli państwo to zlikwidują, to cofną Polskę, jeżeli chodzi o kardiologię interwencyjną…

Po drugie, jeśli zakładają państwo sieć szpitali powiatowych, to mam pytanie. Jeżeli te szpitale z „automatu" trafią do sieci, to jak będzie wyglądać przydzielanie środków na oddziały – na przykład, na wojewódzki zespół neurologii i psychiatrii – gdzie poziom w porównaniu z niektórymi szpitalami, które automatycznie wejdą do sieci, jest wyższy. Dlaczego o tym mówię? Dlatego, że 15%, które przeznaczają państwo z budżetu NFZ na te szpitale, spowodują, że te szpitale przestaną działać.

Po trzecie, jak państwo zachowają się w sytuacji, kiedy w ustawie o lecznictwie założyli, że szpitale, które nie pokryją długów za 2016 r. ulegną upadłości. Co zrobicie, jeśli te szpitale z „automatu" dostaną się do sieci, a te szpitale lub starostowie nie będą w stanie pokryć tych długów? Po prostu zrzucacie odpowiedzialność na samorządy chcąc pokazać ludziom, że to samorządy są odpowiedzialne za złe leczenie.

Prawda jest taka, panie ministrze, że jako ministrowie musicie „uderzyć" do rządu po to, żeby środki na służbę zdrowia i opiekę zdrowotną były większe, bo 5% nie wystarczy. Kiedy Czesi mają 9%, a Niemcy mają 12%, to są tylko pozory działania. Bez rzetelnych środków na opiekę zdrowotną ani wy, ani nikt inny nie zorganizuje tej opieki dla polskiego pacjenta w sposób rzetelny, który zapewni to, że nie będzie…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę kończyć. Dziękuję. Pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (PO):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni goście, do wszystkich uwag i argumentów, jakie zgłaszali dyrektorzy i prezesi, my jako parlamentarzyści jesteśmy przekonani i właściwie państwa wypowiedzi zawierały pytania, jakie my chcielibyśmy skierować do Ministerstwa. Ja mam pytanie następującej treści. Dlaczego w rozporządzeniu, jeśli chodzi o poziom szpitali trzeciego stopnia, nie uwzględniono profili, o których dzisiaj mówili państwo dyrektorzy, takich jak nefrologia ze stacją dializ, onkologia, hematologia, chemioterapia, endokrynologia, dermatologia czy gastroentorologia? To są profile realizowane w niektórych szpitalach wojewódzkich i marszałkowskich, a nieuwzględnienie ich w tym rozporządzeniu powoduje, że pacjenci tych regionów, które nie mają szpitali klinicznych, instytutów, a prowadzą tego typu oddziały profilowe, zostaną pobawieni dostępu do tych świadczeń. To w sposób dramatyczny utrudni tym pacjentom leczenie. Będą musieli dojeżdżać setki kilometrów do szpitali klinicznych czy państwowych, o których państwo mówią.

Druga sprawa. Przecież dziesiątki, setki szpitali zaangażowało samorządowe budżety w inwestycje, remonty. Już nie wspomnę o środkach unijnych, w przypadku których okres trwałości projektów wynosi 5 lat. Szpital, który nie będzie mógł korzystać ze środków publicznych, nie będzie w stanie tego projektu zrealizować. Kto, w takim razie, pokryje ten ujemy wynik finansowy?

I trzecia kwestia, dotycząca podmiotów niepublicznych. Przecież w ciągu ostatnich dziesięciu lat podmioty niepubliczne zainwestowały setki, miliardy złotych. Ten projekt powoduje, że większość szpitali monospecjalistycznych, jednoodziałowych – w takim znaczeniu, że leczenie miało być krótsze, tańsze, bo przecież taka jest rzeczywistość – zostanie wyrzucona poza nawias finansowania ze środków publicznych. W związku z tym, nijak to się ma do tego, że państwo namawiają przedsiębiorców prywatnych do inwestowania w rozwój polskiej gospodarki, do polskich inwestycji, a tu, gdzie są inwestowane dziesiątki, setki milionów, czy miliardy, i mogą być inwestowane, zamykamy drogę do poprawy warunków, do zakupu sprzętu specjalistycznego dla polskiego pacjenta. Cały czas w naszej dzisiejszej dwugodzinnej dyskusji pytam, gdzie jest pacjent, jego bezpieczeństwo i jego dostęp do ochrony zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pan poseł Zembala, bardzo proszę.

Poseł Marian Zembala (PO):

Witam państwa. Moje przemyślenia – po pierwsze, dziękuję za szpitale powiatowe, bo rzeczywiście one wymagają wzmocnienia. To wzmocnienie jest konieczne, niezależnie od tego, czy wybierzemy miejsca, gdzie samorządy decydują, że szpital nie musi istnieć, bo nie ma zapotrzebowania – przykład Środy Śląskiej – czy, gdzie trzeba go wzmocnić. Poza dyskusją jest to, że są potrzebne i stabilizują rynek.

Sprawy map, jeśli państwo pozwolą. Chciałbym, żeby popatrzeć na mapy… Każde ministerstwo, ale Ministerstwo Zdrowia szczególnie, jest elementem kontynuacji, niezależnie od zmian, które są naturalne i wynikają z przekonań, argumentów. Chcę powiedzieć, że mapy powstały po to, żebyśmy mogli korzystać z 12 mld „Policy Paper". Te

środki, największe w historii, już mamy na najbliższe 3 lata. I jeżeli pan minister, który – to nie kurtuazja – jest dobrze zorientowany w problematyce Fundusz-Ministerstwo… Jeżeli te mapy, które miały powstać w kardiologii i onkologii dołączamy do maja – a tak miało być w pozostałych specjalnościach – to powinniśmy mieć mapy powstałe z udziałem konsultantów krajowych – bo przecież ten etap się zamknął – ale i referencyjności.

I tu służebna prośba – to nam utrudniało tworzenie referencyjności – żeby, jeżeli jest zbyt duży poziom kłótliwości wewnątrz środowisk, skorzystać z rozwiązań, które istnieją zagranicą, gdzie – czy nam to się podoba, proszę państwa, czy nie – ta referencyjność jest. Nie walczmy z Francuzami, Brytyjczykami czy Holendrami i innymi – jest. W związku z tym, szpitale akademickie mają inną pozycję, czy to się komuś podoba, czy nie. Oczywiście, nie ma na to czasu, ale mogę pokazać, dlaczego. Nie z powodu tabliczki są szpitale wojewódzkie... I to jest ta uwaga.

Trzeci punkt. Jeżeli mogę radzić, konieczna jest kardiologia. Konieczne są oddziały udarowe. A dzisiaj, przy tej szczupłości środków, łączyłbym je razem. I tu uwaga – pan przewiduje tę możliwość. Jednak po drugiej stronie, trochę naszej, proszę państwa, jest to, żeby broń boże nie likwidować tej kardiologii, która jest w powiecie, bo ona – to łatwo policzyć – jest bardzo potrzebna. Ona ma zasięg i kontrakt stosowny do regionu. I tu był problem, że w niektórych przypadkach były przekroczenia o 200, 400, 500%, co potem rozsadzało budżety pozostałych. Kompromis jest wspólną mądrością. Nie likwidujmy – trzeba dać silny sygnał. Skoro na przestrzeni ostatnich trzech-czterech lat w tym powiecie kardiologia istniała i sprawdzała się, to proszę, ale nie może to być asumpt do tego, że będzie ciągnąć 500% więcej… To jest niemożliwe i prawo nie może pomagać takim zmianom. Do tego dołączałbym neurologię i oddziały udarowe.

Jeszcze jedna uwaga. Chcę tu bronić oddziałów reumatologii. Nie oczekujmy, że mają mieć tak samo zdefiniowaną izbę przyjęć co oddziały zakaźne. Oddziały zakaźne ze swej natury polegają na szybkiej diagnostyce, czy to jest hepatitis, borelioza, clostridium czy inne. Tymczasem oddziały reumatologiczne – jest ich mało, z trudną kadrą – diagnozują przewlekle, ale zmniejszają inwalidztwo. Na to zwracam uwagę.

I na koniec chcę państwu powiedzieć jeszcze jedną rzecz. Jeżeli będzie konsens… Moim przyczynkiem do tego konsensu, jako krótkotrwałego ministra ze współpracownikami – mówię to zawsze z dumą, wielu tutaj siedzi…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie profesorze…

Poseł Marian Zembala (PO):

…było pozostawienie 12 mld. Zachęcam, żeby tę reformę z siecią wprowadzać, ale w sposób, który pozwoli, przy tych uwarunkowaniach, o których mówiłem, rozwiązać wiele z tych problemów. Ja ani nie jestem naiwny, ani nie jestem krótkowzroczny. Tak patrzę na ten proces. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Gądek, bardzo proszę.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, koleżanki i koledzy, drodzy goście, panie ministrze, dzisiaj ze strony pana ministra padło takie sformułowanie, kiedy już opadły emocje, jakby złość na to, że jest to posiedzenie Komisji – a przecież ono jest po to, żeby wspomóc państwa działania – że musimy zrobić wszystko, aby mądrze tworzyć sieć. Tak. I właśnie dzisiaj jesteśmy tu po to, żeby mądrze tworzyć. Te wszystkie głosy, które padały na sali ze strony przedstawicieli szpitali, jak i głosy przedstawicieli, którzy przychodzą do nas w terenie, a którzy tu dzisiaj nie przyjechali, służą temu, żeby przygotować dobrą sieć.

Szanowni państwo, mówili państwo w swoich wystąpieniach, między innymi pan minister Radziwiłł, podkreślał to też minister Łanda, że pierwszą rzeczą jest przygotowanie koszyka. Może dzisiaj w tym gronie powinniśmy dojść do takiej konkluzji, że jednak najpierw koszyk, żebyśmy wiedzieli, co państwo gwarantuje obywatelowi w zakresie zdrowia, potem mapy, które muszą być spójne z koszykiem, następnie jakość – i tu kłaniają się zarówno akredytacje, jak i certyfikaty posiadane przez placówki do tej pory

– i dopiero wtedy tworzymy sieć z jasnymi kryteriami. Jasnymi kryteriami – dla kogo ta sieć jest przygotowana. Nie może być tak, że mówimy „dziękujemy za szpitale powiatowe”, a część szpitali powiatowych w tym się nie mieści. Nie możemy dzisiaj mówić, że to jest proces. Nie, bo w świetle tego, co minister zapowiada, za cztery miesiące ten proces się zakończy i okaże się, że placówki jednoprofilowe, wysokospecjalistyczne, znajdują się poza siecią. Czyli, de facto, wracamy do punktu pierwszego. Co z tego, że potem przygotujemy koszyk, jeśli nie będzie miał kto zabezpieczyć wysokiej jakości świadczonych usług w danej, wąskiej dziedzinie? Sieć powinniśmy tworzyć spójnie z ustawą o ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, mimo że minister Radziwiłł wczoraj, czy przedwczoraj – nie pamiętam – zapowiedział rozbiór AOS. Musimy więc wiedzieć, jak ten rozbiór będzie wyglądać spójnie z ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej. Dopiero w tym momencie, kiedy będziemy mieć pewną wizję, możemy przygotować jasny system ochrony zdrowia. Natomiast rzucanie dzisiaj samej kwestii sieci, kiedy nie mamy jeszcze gotowej i przyjętej ustawy o POZ, która jest tworzona od blisko roku, to jest wyrywkowe realizowanie pewnych haseł.

I konkretne pytanie. Nie może być tak, że minister wyrywkowo, na podstawie zapisu ustawy, będzie dawać możliwość dopisania do sieci, a więc finansowania wybranej jednostki. Zapewne, niektórym da. Jednak jest pytanie, co z resztą. Jeżeli na liście jest ponad 160 szpitali, to czy każdy z nich ma występować poprzez marszałka i wojewodę do ministra. Komu minister da zgodę, a komu nie?

Kolejne moje pytanie, bardzo konkretne. Co z kwestią gruźlicy? Szpitale leczące gruźlicę nie weszły w sieć, bo nie mają torakochirurgii. Proszę państwa, ko będzie inwestować w torakochirurgię w szpitalu gruźliczym. Zaraz będę kończyć.

Pytanie, jak będzie kontraktowana psychiatria? Bo tak naprawdę, niewiele wiemy, a właściwie nic nie wiemy, w tym zakresie. Co z koordynowaną opieką oraz poradniami przy tych placówkach, które są dzisiaj poza siecią i nie wiadomo, czy się w niej znajdą? Takich pytań jest oczywiście bardzo wiele, ale jeszcze raz podkreślam, że dzisiaj powinniśmy się zająć nie pojedynczym szpitalem, tylko generalnie systemem ochrony zdrowia. Jeżeli mamy go zmieniać w dobrą stronę, to przygotujmy się do tego.

Minister zapowiedział jeszcze powołanie agencji rozwoju szpitalnictwa. Jak to? Dzisiaj wypada z sieci 160 szpitali, a my w zamian tworzymy agencję, która będzie rozwijać szpitalnictwo w Polsce? Szanowni państwo… Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Ja też pragnę uspokoić państwa posłów i senatorów. Każdy z państwa otrzyma głos. Rozumiem, że jest spór o kolejność, ale wszystkim naraz nie da się udzielić głosu na pierwszym miejscu, a poza tym – wedle mojego przekonania – ważna jest nie kolejność, a treść. W tej chwili, pan poseł Ruciński…

Kiedy dojdziemy do końca pytań, zabierze głos pan minister, bo jeśli zaczniemy odpowiadać w trakcie, to nie skończymy, a posiedzenie musi się zakończyć do godziny 15.00. Bardzo proszę, pan poseł Ruciński. Obowiązuje dyscyplina czasowa.

Poseł Marek Ruciński (N):

Panie przewodniczący, szanowni goście, Komisjo, panie ministrze, którego cenię, jako jednego z najlepszych teoretyków organizacji opieki zdrowotnej. Chcę panu zadać pytanie, jako praktyk, a będzie ono dotyczyć szpitali reumatologicznych, które nazwałbym 3 x R – reumatologia, reumaortopedia i rehabilitacja, a więc leczenie wybitnie kompleksowe. Dlaczego szpitale reumatologiczne, z całym szacunkiem dla onkologii, mają być inne niż kompleksowe leczenie onkologiczne, gdzie przychodzi pacjent i jest diagnozowany, a potem farmakoterapia, radioterapia, chemioterapia, chirurgia, doleczenie i rehabilitacja. Tak wspaniale, jak te cztery szpitale leczą kompleksowo pacjentów, o których pani dyrektor powiedziała, że reumatologia ma młodą twarz… Z kolei ja, jako ortopeda, doskonale wiem, jak wygląda zniszczony staw w młodocianej postaci reumatyzmu, jak szybko trzeba dokonać interwencji reumoortopedycznej by szybko tego człowieka zwolnić po doskonałej rehabilitacji.

Nie uważam, żeby brak izby przyjęć czy SOR-u miał dyskryminować te szpitale, a – tak jak mówiono – rynek czy łaskawe uzyskanie kontraktu w wyniku konkursu było naj-

lepszym rozwiązaniem. I zakładając czysto teoretycznie – taki szpital uzyskuje kontrakt na procedury reumatologiczne, ale na reumoortopedyczne już nie. Co dzieje się z tym pacjentem? Wychodzi do domu, zapisuje się do kolejki oczekujących w jakimś instytucie i czeka dwa lata. Cały ten wcześnie włączony proces bierze w łeb. Młody człowiek, który mógłby po sześciu-ośmiu tygodniach wrócić do pracy, nie wraca, bo czeka w kolejce, a destrukcja postępuje. Prosiłbym więc, aby chociaż te cztery szpitale potraktować tak samo jak onkologiczne – leczą wspaniale, kompleksowo. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pani poseł Szczurek-Żelazko.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Panie przewodniczący, myślę, odnośnie do zasadności tworzenia sieci, że nikt tu nie ma wątpliwości, że jest potrzebna. Dlatego też, poprzedni rząd rozpoczął prace nad mapami potrzeb zdrowotnych, ustalono priorytety na poziomie poszczególnych województw, a w konsekwencji tych działań powinna powstać sieć szpitali. O tym, jak ona jest potrzebna, świadczy obecny chaos w służbie zdrowia. Praktycznie był nieograniczony dostęp do środków publicznych i realizowania świadczeń. Komercja spowodowała, że powstały podmioty, które specjalizowały się w najbardziej opłacalnych procedurach, natomiast te mniej opłacalne, niestety, były deficytowe i pacjenci nie mieli do nich dostępu. Tak więc, bezwzględnie, jest potrzeba uregulowania tego systemu.

Ja natomiast chciałabym się odnieść do propozycji związanych z poziomami, a konkretnie chodzi mi o szpitale powiatowe. Tu padło już kilka słów na temat szpitali powiatowych. Ich przedstawiciele wypowiadali się z dużą troską na temat szpitali powiatowych. Rzeczywiście szpitale powiatowe generalnie prawie w 70-procentach zabezpieczają potrzeby zdrowotne społeczności lokalnej, a zmniejszenie spektrum działania szpitali powiatowych może niekorzystnie odbić się na społeczeństwie, bo dostępność do pewnego rodzaju świadczeń może być ograniczana.

Odnośnie do obszarów przypisanych szpitalom powiatowym, miałabym pewną uwagę. Oczywiście, jeśli chodzi o rehabilitację, o której pan minister mówił, jest bardzo istotne, żeby ewentualnie wziąć ją pod uwagę, ponieważ wiele szpitali powiatowych wyspecjalizowało się w tym zakresie. I kwestia ciągłości pewnych świadczeń – o czym mówił tu pan doktor. W wielu szpitalach powiatowych są oddziały neurologiczne i ortopedyczne, więc oddział rehabilitacji gwarantuje szybki powrót tych pacjentów do zdrowia. Zatem, rehabilitacja jak najbardziej byłaby właściwa.

Proponowałabym, żeby zastanowić się również nad ortopedią. Wiele szpitali powiatowych w swojej strukturze posiada ortopedię i zabiegi w tym zakresie są wykonywane w dużej ilości. Mówię o ortopedii, ale mam tu na myśli również urazówkę. W wielu szpitalach te zabiegi są wykonywane. Pozbawienie możliwości finansowania budżetowego w tym zakresie może zachwiać dostępnością do tych świadczeń, bo nie ma gwarancji, że w wyniku konkursu szpital powiatowy otrzyma finansowanie świadczeń ortopedycznych. Czyli, te dwa aspekty. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

I na tym właśnie polega problem. Pani poseł Czech.

Poseł Anna Czech (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie i panowie posłowie, panie ministrze i drodzy goście, chciałabym zapewnić państwa, że w Komisji pracuje czterech dyrektorów szpitali i inne osoby, które na codzień prowadzą POZ, a posłami są społecznie, więc jesteśmy mocno osadzeni w rzeczywistości i problemach, których jest bardzo wiele w ochronie zdrowia. To dopiero początek pracy nad tym, aby to uporządkować.

Myślę, jeśli chodzi o założenia dotyczące sieci, że ta ustawa, którą w tej chwili pan minister Gryza jako lider prowadzi, jest dobrym krokiem. Choćby to, że wreszcie zostało uwzględnione, że szpitale, które prowadzą SOR albo izbę przyjęć, na bieżąco ratują życie i działają w stanach zagrożenia zdrowotnego. Muszą non stop być w gotowości i ponosić z tego względu większe koszty. Pacjenci są tam nie tylko operowani, ale są też przywożeni ludzie starsi, w różnych sytuacjach życiowych, z zagrożeniem zdrowotnym i muszą

być zaopatrywani, a te procedury, proszę państwa, nie są opłacalne. Rynek na tyle się rozwinął i jest na tyle dziki – przepraszam – że nowe podmioty, które powstawały, prowadziły tylko świadczenia opłacalne. Spijały, tak zwaną, śmietankę i wyjadały rodzynki. Takie jest stanowisko wielu podmiotów publicznych, które działają nie dla siebie, tylko dla pacjentów.

I powiem w ten sposób, że w tej chwili, gdzie właśnie jestem osadzona w rzeczywistości – jest to bardzo ładny ośrodek… Muszę to skończyć…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, proszę o sekundę. Bardzo proszę o ciszę na sali.

Poseł Anna Czech (PiS):

…Ośrodek Psychiatryczny Centrum Zdrowia Psychicznego powstały w Małopolsce. Akurat w moim szpitalu nie ma możliwości przeprowadzenia konkursu, ponieważ rynek jest tak rozdrobniony, że do oddziału dziennego ze środowiskowej psychiatrii zgłosiłoby się wiele podmiotów, a to, po prostu, jest nierealne. Jest więc moment na ostateczne uporządkowanie rynku.

Jeszcze przy okazji chciałabym powiedzieć, wbrew różnym głosom, że właśnie odeszliśmy od referencyjności szpitali, referencyjności oddziałów. To też jest moment na to, żeby zacząć to porządkować, bo referencyjność – przypomnę – to jest podział zakresu zadań i ról.

I pytanie do pana ministra. Czy pan prowadził rozmowy z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia lub z dyrektorami oddziałów i zorientował się, jak będzie wyglądać sytuacja po wprowadzeniu tej ustawy? Czy rzeczywiście są tak wielkie zagrożenia?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Krótko, bo mamy bardzo mało czasu. Po pierwsze, wydaje mi się, że nie najszczęśliwiej dobraliśmy moment na dyskusję, chyba że potraktujemy to jako przekazanie pewnych informacji panu ministrowi, ponieważ – jak państwo słyszeli – do pewnych zmian już doszło i pewne pytania oraz wątpliwości są już nieaktualne.

Po drugie, jeżeli mówimy o tym, że zaczęliśmy od map potrzeb zdrowotnych i budujemy tę sieć szpitali na podstawie tego, co z tych map wyniknęło, to wydaje mi się, że warta rozważenia jest nieco inna korekta od tego, co tu państwo mówili, a mianowicie, być może sukcesywne wprowadzanie sieci szpitali. Dlaczego? Dlatego, że jeżeli z map potrzeb zdrowotnych wynika potrzeba korekty na terenie takiego, czy innego województwa, regionu, to albo będziemy musieli przyjąć jakieś rozwiązanie zastępcze, zanim jednostki na danym terenie dostosują się do tego, albo trzeba będzie dać pewien czas na dostosowanie. Chyba że jest coś, o czym ja nie wiem, ale wydaje mi się, że to byłoby zasadne.

I wreszcie trzecia sprawa. Czy biorą państwo pod uwagę współpracę pomiędzy szpitalami? Pojawiały się tutaj różnego rodzaju sygnały w różnych wypowiedziach o braku takich czy innych świadczeń. Czy biorą państwo pod uwagę współpracę pomiędzy szpitalami, w tym również pomiędzy jednostkami publicznymi i niepublicznymi? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Ponieważ wiem, że jest mało czasu, zadam tylko jedno pytanie skierowane do obecnych tutaj posłów Platformy Obywatelskiej i ministrów z Platformy. Skoro państwo wiedzą, jak to ma funkcjonować, i tak znakomicie i szybko przedstawiają te projekty, to moje pytanie jest bardzo krótkie. Dlaczego tego nie zrobiliście przez 8 lat? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przez kulturę nie skomentuję. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

Katarzyna Czochara. Panie ministrze, ja wiem, że była tutaj podnoszona kwestia rehabilitacji, ale ja chciałabym zapytać o rehabilitację dzieci i młodzieży. Jeszcze nie tak dawno, jeśli chodzi o rehabilitację dzieci i młodzieży, był wyodrębniony koszyk świadczeń. Wiem, że na chwilę obecną ta sprawa nie jest jeszcze rozstrzygnięta. Chciałbym więc wiedzieć, w jakim kierunku będą podejmowane decyzje, jeśli chodzi o tę kwestię.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, pani poseł Radziszewska.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, muszę powiedzieć, że to, co dzisiaj usłyszałam od pana mówiącego rozemocjonowanym tonem, zabrzmiało bardzo niebezpiecznie. Po pierwsze, że to, co jest na stronach Ministerstwa Zdrowia, jest nieaktualne, ale nic nowego nam pan nie powie, bo to, co nowe, nie zostało zatwierdzone.

Po drugie, pan powiedział, a właściwie zadał retoryczne pytanie, czy każdy szpital obecnie funkcjonujący powinien być w sieci, w tym zabetonowanym systemie szpitalnym, że taki stan jest niemożliwy do utrzymania i niech rynek to wyreguluje. A ja widzę inne zagrożenie. Zanim rynek to wyreguluje, bardzo wielu szpitali samorządowych, prywatnych i instytutów – bo one funkcjonują w różnej strukturze – tych placówek publicznych i prawdopodobnie prywatnych po prostu nie będzie. I nie chodzi o to, czy one są, czy ich nie będzie, tylko o to, jaki będzie dostęp pacjentów do skutecznej opieki zdrowotnej. To, co dzieje się w szpitalnictwie, przekładać się będzie wprost na zabezpieczenie pacjentów.

Drugie zagrożenie. To nie tylko to, że szpital znajdzie się poza siecią, ale i to – powiedział to już pan poseł Miller – że jeżeli szpital będzie mieć dług i samorząd nie pokryje tego długu, to będzie go musiał zlikwidować. Czyli, po pierwsze, poprzez techniczne kryteria likwidują państwo część szpitali i po drugie, poprzez przełożenie odpowiedzialności na dyrektorów szpitali czy na samorządy, zlikwidujecie drugą część szpitali. Gdzie jest pacjent w tej sytuacji? Nie mam zielonego pojęcia.

Chciałabym zapytać pana ministra i poprosić, ponieważ powiedział pan, że 15% środków trafi na dodatkowe konkursy na świadczenia poza siecią szpitali. Musieliście oprzeć tę kalkulację na dogłębnych analizach. Tak przynajmniej przypuszczam. W takim razie, poproszę pana ministra o listę szpitali z 16 województw, które, mając na uwadze państwa kryteria, wypadają z sieci szpitali, z dostępu dla pacjentów, bo tylko na tej podstawie można stwierdzić, czy te 15%, o których pan mówi, wystarczy, czy nie. Proszę o listę szpitali, które nie mieszczą się w sieci, bo nie wyobrażam sobie, że bez tego dokonywali państwo kalkulacji…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł…

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Już zmierzam do końca. I chciałabym powiedzieć o jeszcze jednej niebezpiecznej rzeczy.

Nie zgadzam się z panem posłem Zembalą, że szpitale powiatowe na tym zyskają i że zostaną wzmocnione. Nieprawda. Większość szpitali z tego wypadnie. I żadne wzmocnienie, bo gdy będą musieli zmienić swoją strukturę, żeby się dopasować do kryterium, w którym się znaleźli, to będzie oznaczać, że te szpitale nie zostaną wzmocnione, tylko osłabione.

I na koniec, rzeczywiście liczymy na duże pieniądze z Unii Europejskiej. Natomiast, wprowadzenie w życie tych przepisów, które proponuje Ministerstwo Zdrowia, a więc stworzenie systemu zdrowia wedle standardów przeciwnych do tych, o których mówi Unia Europejska – nieliczenie się z jakością, niebranie pod uwagę map zabezpieczenia zdrowotnego – będzie skutkować tym, że stanowić to będzie rażące naruszenie zasad towarzyszących korzystaniu z pieniędzy europejskich, wedle wytycznych Komisji Europejskiej. Czyli, tych pieniędzy do roku 2020 nie dostaniemy. Proszę o udzielenie odpowiedzi.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pan minister Kamysz, bardzo proszę.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, my wnosiliśmy o zwołanie tego posiedzenia Komisji z uwagi na to, że tych niepokojów, nie tylko wśród osób na tej sali, ale i wśród tysięcy pracowników szpitali, jest coraz więcej. Te niepokoje pojawiają się coraz częściej u pacjentów, którzy przyzwyczaili się do oddziałów, lekarzy i dobrej opieki, jaką tam otrzymują.

Dzisiaj pewnie większość obecnych na tej sali nie otrzymała satysfakcjonującej odpowiedzi z pana strony, ale pojawiła się nadzieja, że wiele z rzeczy zawartych w projekcie wyjściowym jest już nieaktualnych. Chciałbym, aby pan minister zaprosił to grono, które jest dzisiaj obecne na posiedzeniu naszej Komisji, przed ostatecznym przyjęciem przez rząd tych rozwiązań, żeby mogli przedyskutować ostateczną wersję, zapoznać się z nią i przeprowadzić konsultacje, zwołać Radę Dialogu Społecznego. Są tu dzisiaj partnerzy Społeczni, pracodawcy i związkowcy, którzy chcieliby, nie tylko w zespole do spraw ochrony zdrowia, ale na forum plenarnym Rady Dialogu Społecznego, zobaczyć ostateczną wersję, żeby później nie okazało się, że ustawa trafia do Sejmu i na drugi dzień jest już przyjęta, bo również w sprawie ochrony zdrowia mieliśmy w ostatnim roku takie przypadki.

Chciałbym również dołączyć do głosów pana profesora Zembali i pana posła Rucińskiego, dotyczących reumatologii, reumaortopedii i rehabilitacji jako strategicznych dyscyplin w medycynie polskiej, z uwagi na większą wśród pacjentów liczbę dzieci i młodzieży, a także ze względu na starzejące się społeczeństwo i długość życia pacjentów z chorobami reumatologicznymi. To jest ogromna rzesza pacjentów, którzy wymagają stabilnego leczenia w jednym ośrodku i trwałości tego leczenia. Nie wolno traktować reumatologii i rehabilitacji po macoszemu… Panie przewodniczący, proszę nie brać przykładu z marszałka Kuchcińskiego i ograniczać wypowiedzi posłom. Wiem, że to nie jest…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Gdybym brał przykład, to już bym dawno panu głos odebrał.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Wiem, że to nie jest kierunek, w którym pan podąża, ale widzę, że jakaś pokusa się pojawiła. Proszę jej nie ulegać.

Reumatologia i rehabilitacja są niezwykle potrzebne, proszę więc o godne miejsce dla tych specjalizacji. I na koniec, województwo opolskie, bo dochodzą nas bardzo niepokojące głosy dotyczące bezpieczeństwa pacjentów w województwie opolskim. O odpowiedź i ustosunkowanie się do tych głosów, proszę pana ministra. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Pan senator Grodzki.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Będę mówić krótko jako chirurg, ale chciałbym okazać szacunek tym dyrektorom, którzy tu przyjechali wiedzeni troską o pacjentów i o swoje szpitale, bo rzeczywiście mają prawo czuć się zagrożeni.

Szpitale powinny zarabiać pieniądze na podstawie liczby leczonych i jakości leczenia. O ile jakość leczenia trudniej zmierzyć, aczkolwiek są możliwości, o tyle liczbę w tej chwili się mierzy. Jeżeli odstępujemy od tego i będziemy przydzielać kwotę ryczałtową, to wszyscy dyrektorzy zaczną ograniczać przyjmowanie pacjentów. I obrona, że w następnym roku dostaną mniej pieniędzy, jest iluzoryczna, bo i tak wszyscy wyrabiamy gigantyczne nadlimity.

System, który chcemy naprawiać, tak naprawdę, jest spetryfikowanym socjalizmem. Produkt jest reglamentowany, a cena jest urzędowa. I dlatego pewne procedury są bardziej popularne, a inne mniej. Dlatego tę barierę administracyjną między pacjentem a lekarzem i szpitalem musimy zlikwidować. Sieć tego nie zlikwiduje, dlatego, że odsuwa pacjenta od najbliższych szpitali.

Mógłbym na ten temat mówić długo, ale powiem językiem naukowym. Kiedy recenzuje się prace naukowe, to recenzja brzmi albo „zakwalifikowana do publikacji", albo „trzeba ją poprawić", albo „trzeba ją odrzucić". Myśląc o tym dokumencie cieszę się,

że pan minister Gryza powiedział, że ten kształt dokumentu się nie ostanie, bo recenzja tej wersji jest zdecydowanie negatywna. Nie można bowiem robić reformy bez woli pacjentów i pracowników tego systemu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Wyczerpała się lista mowców. Chciałbym… Momencik. Nie miałem na liście… W tej chwili musimy opuścić salę. Możemy ewentualnie kontynuować… Jeszcze pani prof. Chybicka, bardzo proszę...

Poseł Alicja Chybicka (PO):

Panie przewodniczący…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Momencik, pani poseł. Panie przewodniczący, za chwilę przełożę posiedzenie Komisji na godzinę 16.00 w innej sali i będziemy dalej rozmawiać, bez nerwów, spokojnie i bez zbędnych emocji, bo one niczemu nie służą. Pani poseł Chybicka.

Poseł Alicja Chybicka (PO):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, mam trzy krótkie pytania. Pytanie pierwsze. Jeśli tworzona sieć ma mieć jakikolwiek sens, to za tym powinno pójść finansowanie. Moje pytanie dotyczy więc tego, jak na różnym poziomie referencyjności będą finansowane procedury, często powtarzane na poszczególnych piętrach. Powinna być różnica.

Druga rzecz. Jak będzie oceniana jakość? I wreszcie, nie jakość poprzez wynik finansowy, tylko jakość poprzez wyniki leczenia poszczególnych jednostek chorobowych, co jest dość łatwe dla przeciętnych towarzystw. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jeszcze pani poseł Kołodziej, bardzo proszę.

Poseł Ewa Kołodziej (PO) – spoza składu Komisji:

Jestem waleczną Ślązaczką, więc nie dam się łatwo spławić. Panie przewodniczący, bardzo dziękuję.

Jako Ślązaczka powiem krótko i wyraźnie. Jestem oburzona, że w sieci szpitali nie znalazły się takie placówki jak Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich oraz Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich. Na liście palcówek, które się nie zakwalifikowały, widnieje 21 śląskich szpitali. Oczywiście, nie sposób o nich wszystkich dzisiaj powiedzieć, choć o każdym warto byłoby powiedzieć kila słów, ale nie będę mieć na to czasu. Dlatego skupiłam się na wysokospecjalistycznych placówkach, które – tak uważam – powinny znaleźć się na liście.

Panie ministrze, cytuję pana słowa sprzed kilkunastu minut. Pan powiedział, że chce, aby było lepsze wykorzystanie potencjału tych szpitali i chce pan uporządkować system. Czy wyrzucając ¼ szpitali z systemu? Czy chce pan uporządkować system dematerializując ¼ szpitali? Przepraszam najmocniej, ale to nie jest rozsądne.

Ja nie jestem w stanie upomnieć się dzisiaj o wszystkie szpitale, bo podzieliliście szpitale na Śląsku na jednostki rehabilitacyjne, na jednostki psychiatryczne i 6 szpitali, które są wysokospecjalistyczne i powinny się znaleźć na mapie szpitali w Polsce. Proszę powiedzieć, czy tworzenie takiego dziwnego bytu, że szpital może się znaleźć na liście, jeśli będzie grzeczny – bo tak to rozumiem – jest cywilizowaną formą, jeśli chodzi domaganie się swojej obecności na mapie? Wydaje mi się trochę nieprzyzwoite mówić mgliście wielu osobom, które tu się znajdują, że jeśli będą stawać do konkursów, spełnią kryteria… Pytanie, jakie kryteria? Warto jeszcze zapytać o tę analizę, która była przeprowadzana…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, musimy kończyć…

Poseł Ewa Kołodziej (PO) – spoza składu Komisji:

Nie bardzo rozumiem, jakie kryteria wstępne nie zostały spełnione przez Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich i jakie kryteria nie zostały spełnione przez Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich. Panie ministrze,

proponuję, żeby pan przyjechał na Śląsk, stanął naprzeciw górnikom i powiedział im, że Ślązacy nie zasłużyli na Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, bo do tego sprowadza się moja wypowiedź. Są miejsca na mapie Polski, które mają ogólnopolską renomę….

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, musimy kończyć…

Poseł Ewa Kołodziej (PO) – spoza składu Komisji:

…i likwidowanie ich jest nieprzyzwoite…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, było o to pytanie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący, ja prowadzę obrady…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Pytano o to, naprawdę…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący, proszę nie włączać mikrofonu, kiedy ja prowadzę obrady. Udzielę panu głosu, jeżeli pan o to poprosi. Pani poseł, proszę kontynuować.

Pani poseł, czy pani skończyła? Czy pani skończyła, pani poseł? Chciałbym państwa przeprosić, ponieważ mam tutaj dychotomię słuchową, a staram się prowadzić dość sprawnie. Za chwilę udzielę głosu panu ministrowi… Proszę o zamknięcie drzwi do sali.

Chciałbym, żeby pan minister powiedział jeszcze o trzech rzeczach. Po pierwsze, czy projektując te przepisy, o których dzisiaj tak gorąco rozmawiamy, przedstawili państwo w ocenie skutków regulacji choćby liczbę szpitali, które ulegną zlikwidowaniu lub pogorszy się ich kondycja finansowa. Już nie mówię o wykazie tych szpitali. Choćby liczbę szpitali… Czy dokument jest przygotowany ad hoc? To, po pierwsze.

Po drugie. Jak państwo ustosunkowują się do dzisiejszego listu ministra i premiera Morawickiego, który dostrzega w państwa działaniach – nazwijmy to tak – chaos i brak konsekwencji rządowej. Minister mówi o otwarciu na przedsiębiorców, na budowanie polityki gospodarczej społeczno-prywatno-państwowej i wystosował dzisiaj nawet do państwa list.

I trzecie pytanie, bardzo precyzyjne. Kiedy będzie dokument ostateczny, bo rozumiem, że to, nad czym dzisiaj pracujemy, jest… Proszę państwa posłów o ciszę na sali. Proszę o datę, kiedy będziemy mogli pracować nad ostateczną wersją dokumentu, który wypłynie z resortu? Bardzo dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałbym ustosunkować się do kilku podstawowych spraw, które tutaj zostały powiedziane…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jeszcze przeproszę, panie ministrze. Bardzo proszę sekretariat o dopilnowanie, żeby drzwi do sali, dopóki nie zakończyły się obrady, były zamknięte. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Może zacznę od wypowiedzi pana posła Kamysza. Tak, taka właśnie jest idea, żeby pacjenci nie byli zaskoczeni, że szpital, do którego idą, w którym uzyskują świadczenia, nie wypadł z systemu opieki zdrowotnej. Taka jest idea, żeby zapanować nad systemem. Dobrze byłoby, żebyśmy do zauważyli.

W przypadku pani poseł Radziszewskiej, chętnie odpowiem na to pytanie, tylko poproszę o definicję szpitala. Jak pani rozumie pojęcie „szpital”? Jakie, według pani, są kryteria definicji szpitala? Ja wtedy tę listę pokażę. Proszę zajrzeć do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zobaczyć pełną listę i następnie zdecydować, o jakim kryterium pani mówi.

Kolejna sprawa, która z tym jest związana. Pojawiła się tu liczba 160 szpitali, które będą likwidowane. Żadne szpitale nie będą likwidowane…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Trzymamy pana za słowo…

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Żadne szpitale nie będą likwidowane. A ta liczba 160 szpitali została wzięta niewiadomo skąd.

Kolejna sprawa. Pani poseł Radziszewska powiedziała, że ja użyłem sformułowania „rynek to ureguluje". Myślę, że to chyba chwała, że tak mówię. A mówię, w sensie dopełnienia systemu, ponieważ sieć szpitali jest całościowym pomysłem, który ma objąć obszar lecznictwa szpitalnego w podstawowym zakresie, natomiast elastycznym dopełnieniem, tam, gdzie sieć nie zapewnia całego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, ma być utrzymany konkurs. Ja wspomniałem o tym, że to nie jest gwarancja 85%, tylko, na podstawie modelu, na podstawie spełnienia kryteriów, które…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, przepraszam, że zwracam panu uwagę, ale pan już o tym mówił. Proszę mówić o rzeczach, o których pan jeszcze nie mówił.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Dobrze, ale ponieważ takie głosy pojawiły się w dyskusji, to ja muszę się do nich ustosunkować. I to jest model na podstawie danych roku 2015, że szpitale i oddziały, które weszły do sieci, miały 85% posiadanych środków.

W kontekście wypowiedzi pani poseł, która mówiła o Śląsku, ja wspominałem o Siemianowicach Śląskich w kontekście całości oparzeniówki w kraju. I mówiłem o Piekarach Śląskich. Wspominałem, że mechanizmem systemowym było wskazanie tych szpitali, które pełnią istotną rolę w systemie i zostaną wskazane przez dyrektora oddziału, za zgodą ministra. I na pewno te szpitale tam by się znalazły. Jednak, wspomniałem również, żeby, w wyniku konsultacji społecznych i pewnego oczekiwania społecznego, ten mechanizm był jednak jak najmniejszy. Te kryteria zostaną dopracowane i na pewno te szpitale w tym się znajdą. Ja spokojnie mogę stanąć wobec górników i powiedzieć, że te dwa szpitale z pewnością w sieci się znajdą, ponieważ pełnią istotną rolę systemową. Chodzi tylko o to, aby kryteria miały pewną logikę i był zarys całego systemu.

Teraz odniosę się do tego, co powiedział pan senator Grodzki. Otóż, to, o czym wspomniałem, o zmianach, które zajdą, nie dotyczy sprawy podstawowej. Czyli, zarys systemu został przedstawiony. Na tym polega ta koncepcja systemu. Projekt ustawy został zaproponowany, projekt rozporządzenia został zaproponowany i pewna logika, zamysł, jak to ma funkcjonować, też zostały zaprezentowane. Natomiast, z pewnością niektóre rzeczy w wyniku konsultacji społecznych zostaną zmienione, ale nie jest tak, że całkowicie odwrócimy zmianę…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, musimy kończyć… Proszę powiedzieć, kiedy będzie dokument w ostatecznej wersji. I jeszcze list Morawieckiego. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Koncepcja sieci – już to mówiłem, ale jeszcze raz z pełną mocą to podkreślę. Dzięki temu, że sieć obejmuje tylko część zakresu lecznictwa szpitalnego, część poddana jest konkursowi, a poza tym, w innych zakresach – rehabilitacji, psychiatrii, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej – zostawiamy te reguły, które obowiązują w tej chwili, jest to obszar, który nie zagraża możliwości innowacji, konkurencji i inwestowania środków finansowych. To, między innymi, jest moje zadanie – przekonać ministra Morawieckiego, że to rozwiązanie wprowadza pewien porządek, zamysł, a jednocześnie stawia na grę rynkową i możliwości inwestycji podmiotów prywatnych, żeby uznał, że ten projekt wpisuje się również w jego pomysł i strategię.

Natomiast, jeśli chodzi o czas, panie przewodniczący, ten projekt zostanie niebawem skierowany do rządu. Niebawem, ale nie mogę podać konkretnej daty. Dopiero wtedy, kiedy zostanie to zaakceptowane przez rząd. A ponieważ – jak rozumiem – pytanie było

zadane w kontekście premiera Morawieckiego, powiem, że kiedy zostanie to przyjęte jako projekt rządowy, zastanie skierowane pod obrady Sejmu.

I chcę jeszcze jedno dodać, panie przewodniczący, bo była uwaga, żebyśmy ponownie skierowali kryteria do konsultacji. Tak się stanie, dlatego, że formalnie procedowaliśmy projekt ustawy. Projekt rozporządzenia był tylko pewnym obrazem tego, jak ma wyglądać rzeczywistość po przyjęciu… Zresztą, my ten projekt rozporządzenia ponownie wywiesimy. On będzie podany do wiadomości publicznej. Będzie można zgłaszać uwagi i dopiero po przyjęciu ustawy formalnie będziemy musieli poddać ten projekt rozporządzenia konsultacjom społecznym po raz kolejny. Zatem, ten proces nie został zamknięty.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Muszę zamknąć posiedzenie Komisji. Chciałbym tylko zadeklarować i zaprosić państwa na kolejne posiedzenie Komisji – zwracam się do dyrektorów szpitali – kiedy ujrzymy jakąkolwiek formę nowego dokumentu. Rozumiem bowiem, że ten powoli staje się nieaktualny. Zaprosimy państwa według listy, jaką dzisiaj otrzymaliśmy, a także innych państwa partnerów. Resztę odpowiedzi, panie ministrze, proszę przygotować na piśmie.